NOTRE ENGAGEMENT ÉDITORIAL

La qualité du contenu scientifique et pédagogique de La Revue du Praticien-Médecine Générale, *dont l'éditeur est le groupe Global Média Santé, est garantie par le respect des valeurs éditoriales suivantes :*

COMITÉ DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE : des experts, membres permanents ou conseillers du comité de rédaction scientifique, proposent des thèmes à traiter (compte tenu des actions prioritaires de santé publique, des recommandations de la HAS et des sociétés savantes et de l'actualisation nécessaire des connaissances médicales), désignent en fonction de leur compétence reconnue (selon leurs titres et travaux) les auteurs à solliciter et assurent la lecture critique de tous les articles reçus (articles de formation continue ou travaux originaux).
Les propos rapportés dans la rubrique Entretien n'engagent que leurs auteurs.

BIBLIOGRAPHIE : chaque article est accompagné de références bibliographiques appelées dans le texte selon les normes de Vancouver.

LIENS D'INTÉRÊTS : tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux. La déclaration de liens d'intérêts figure obligatoirement en fin d'article [à défaut, une mention précise l'absence de déclaration].

ENGAGEMENT FMC : les articles de formation médicale continue ou les travaux originaux constituent l'essentiel du fonds éditorial de la revue.

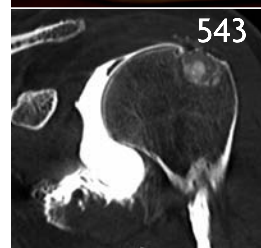
PROMOTION DU MÉDICAMENT ET DU MATÉRIEL MÉDICAL : toute publicité rédactionnelle ou visuelle dans la revue est systématiquement identifiée comme telle par une mention explicite.

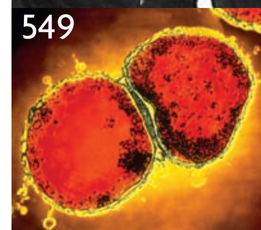
sommaire

N° 945 - Bimensuel - Septembre 2015

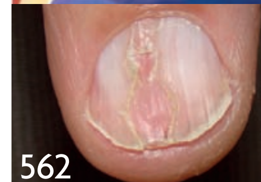














Ce numéro comporte un bandeau en surcouverture et un encart de prospection d'abonnement destinés aux non abonnés.

Photo de couverture : Phanie

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Christophe Deshayes

Conférencier d'entreprise, il a publié avec Jean-Baptiste Stuchlik *Petit traité du bonheur 2.0* (Armand Colin, 2013, 222 pages, 19,90 euros).

La révolution des coaches numériques

Vous distinguez trois époques des technologies numériques personnelles.

Au milieu des années 90, l'Internet a apporté la possibilité à n'importe qui de communiquer avec n'importe qui (*Any to Any*). C'est la première vague. Dix ans plus tard, les utilisateurs ont pris le pouvoir et construit des communautés (*Many to Many*). C'est la deuxième vague appelée assez justement 2.0 dans laquelle les internautes s'organisent autour de plateformes numériques (eBay, Wikipédia, etc.), commentent, évaluent, se regroupent par affinité ou par intérêt pour des projets collectifs, ce qui se prolongera un peu plus tard avec les réseaux sociaux (Facebook...).

L'informatique apporte une puissance extraordinaire à des phénomènes qui ont toujours existé : la mutualisation des ressources, la solidarité et l'entraide. Elle rend possible la constitution de groupes d'individus disséminés : quel que soit votre centre d'intérêt, vous êtes certain de trouver des personnes qui le partagent, même si elles ne sont que quelques dizaines dans le monde, grâce aux 2 milliards et demi d'internautes. Le maillage communautaire fabrique de la confiance, par exemple, grâce aux avis positifs à propos de tel vendeur sur une plateforme de vente. Ce « communautarisme digital » est très chronophage et donc plutôt pratiqué par des gens qui ont du temps (retraités, jeunes, chômeurs, etc.). Ils connaissent de fait beaucoup mieux Internet que les responsables administratifs, politiques et d'entreprise, qui n'ont plus de temps pour rien. Ce sont les vrais révolutionnaires du numérique, comme je l'expliquais dans un précédent ouvrage.

La troisième époque commence maintenant, les technologies numériques personnelles s'immiscent dans le rapport intime que nous avons avec nous-mêmes (*Any to Oneself*). Ces outils proposent de nous renseigner sur notre état de santé par exemple, mais aussi de nous soutenir dans nos projets personnels, comme celui d'arrêter de fumer ou de commencer une activité physique régulière. La tendance la plus connue dans ce domaine, appelée « *Quantified Self* », regroupe des outils qui capturent des données personnelles d'activité (nombre de pas...) et les restituent souvent sous forme de statistiques (graphiques) en vue de mieux se connaître et progresser par rapport à ses objectifs.

Qu'ont-elles de particulier par rapport aux aides existantes ?

D'abord, elles apportent une forme de soutien permanent car ces dispositifs sont portés constamment sur soi (montre connectée, smartphone...), ainsi qu'une information sur ce que vous faites ou pas (monitoring). Nous sommes nombreux à ne pas avoir une hygiène de vie parfaite. Nous le savons et nous aimerions changer mais nous n'y parvenons pas tout seul. L'aide d'un coach est ainsi très utile. Mais seuls les gens fortunés peuvent s'offrir ses services au quotidien.

On comprend ici la complémentarité avec l'action des professionnels de santé qui savent apporter une information fiable, cruciale et déterminante pour prendre conscience de la nécessité de changer mais qui de par leur formation et leur disponibilité limitée ne peuvent que trop rarement prendre réellement en charge la personne dans son désir de changement. Par ailleurs, leur soutien ne peut être que sporadique au gré des consultations. On retrouve ici une caractéristique de notre médecine, classiquement centrée sur le curatif.

Même si elle est indispensable dans le traitement de nombreuses pathologies, la bonne hygiène de vie concerne en effet chacun d'entre nous, donc principalement des bien-portants qui ne consultent pas (ou pas encore).

Véritables coaches numériques, ces technologies nous apportent de l'information sur nos progrès (réflexivité) ainsi que du soutien social par les pairs, comme c'est maintenant répandu sur Internet. C'est ce qu'a bien compris le gouvernement britannique avec son programme « *Couch to 5k* » (du canapé au km 5), d'une durée de 9 semaines, qui vise la reprise très progressive de la course à pied sans risque de décès (près de 1 000 personnes meurent chaque année en France d'une reprise sportive trop brutale). Le programme a connu un succès phénoménal à partir du moment où il a été associé à des plateformes sociales où les gens interviennent en soutien (« *N'arrête pas : ton coup de mou va passer* », « *Bravo ! On est tous avec toi !* », etc.).

Toutes les applications se valent ?

Bien sûr que non. Nous sommes au début d'un phénomène que nous ne maîtrisons pas encore : nous allons apprendre des succès et des erreurs. Il y a des programmes mal conçus, parce qu'importés tels quels du monde anglo-saxon sans examen des particularités culturelles françaises. D'autres méconnaissent les ressorts psychosociaux du changement. Postez sur Facebook le message disant

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE


SERGE CANNASSE

que vous avez arrêté de fumer : tout le monde va vous féliciter et vous encourager à continuer. Publiez que vous essayez d'arrêter de boire : les commentaires de vos « amis » vont être moins nombreux et beaucoup plus culpabilisants. On redécouvre ici que le soutien par les pairs peut être contre-productif lorsqu'on parle de pratiques socialement peu acceptées. Le succès des Alcooliques Anonymes n'est pas d'avoir mis en place des groupes de parole, mais de l'avoir fait exclusivement entre personnes ayant traversé les mêmes épreuves. Seuls des gens qui ont vécu la même chose que vous peuvent comprendre sans juger. Des initiatives de ce type essaient de regrouper les aidants entre eux. Elles connaissent une certaine réussite au Canada. Dans notre ouvrage, nous avons identifié 50 leviers de changement personnel, utilisables séparément ou en combinaison par les technologies en vue d'améliorer notre qualité de vie... Le potentiel est considérable mais demande de bien comprendre les forces que l'on mobilise.

Ces techniques sont plutôt d'inspiration comportementaliste ?

Oui, mais pas seulement. La psychologie positive joue également un rôle important dans ces technologies de l'intime. Plus généralement, les écoles qui prônent un changement d'attitude face à la vie, une acceptation de la réalité et une forme de responsabilisation sont plus à l'aise avec elles.
Par exemple, faciliter la tenue d'un journal personnel. Tous les diététiciens le savent : noter au jour le jour ce que l'on consomme améliore l'observance des régimes, en particulier en l'associant à des techniques de soutien social.
Plus généralement, noter ce que nous faisons, pensons et ressentons facilite le travail de la mémoire, relativise ce que nous estimons important (« *Mais comment ai-je pu penser ça il y a trois semaines ?* »), favorise les émotions positives (« *Finalement, je ne m'en sors pas si mal !* »), aide à nous concentrer sur nos priorités et à ralentir le rythme. Ici, le soutien social est bien entendu celui d'un réseau privé très étroit, avec des gens très proches.

Cela implique d'être constamment connecté.

Mais nous le sommes déjà ! Nous avons tous un smartphone. Le numérique est souvent accusé d'accélérer nos vies ou de tuer les relations sociales, ce qui est vrai, mais en même temps il crée de nouveaux liens sociaux. Les technologies sont ambivalentes : elles peuvent aussi bien nous rendre fous (par exemple, en suscitant des phénomènes de dépendance inquiétants) que nous soigner, comme l'ont montré des psychiatres américains !
Le vrai problème est celui de notre responsabilité : d'utilisateurs et de concepteurs de technologies. Nous subissons par exemple un très grand nombre de sollicitations, notamment publicitaires, auxquelles il est difficile de rester indifférent. D'une certaine manière, nous sommes plusieurs en un, par exemple celui qui veut boire tel soda et celui qui a décidé d'arrêter les boissons sucrées.
Nous avons besoin d'être aidés pour nous focaliser sur nos objectifs à moyen et long terme, comme Ulysse qui se fait attacher au mat de son navire pour traverser le chant des sirènes (poursuivre sa route) sans y succomber.

N'y a-t-il pas un risque d'inégalités sociales ?

Actuellement, les outils numériques de coaching social sont plutôt destinés à des gens assez jeunes, urbains et d'un bon niveau d'éducation. Ils correspondent à certains styles de vie qui ne sont pas partagés par tout le monde. Je ne crois pas pour autant qu'ils leur soient réservés. Rien n'empêche de les adapter à d'autres milieux sociaux. C'est une question politique : comment les rendre disponibles au plus grand nombre, y compris pour former les gens à leur usage et transformer les représentations qui y sont associées. Comment développer notre responsabilité personnelle et collective face à tous ces possibles qui ne chamboulent pas seulement l'industrie du taxi (Uber) ou de la location saisonnière (Airbnb) mais également notre rapport aux autres et à nous-même, nos codes sociaux, nos représentations et nos symboles. ●

Propos recueillis par Serge Cannasse
journaliste et animateur du site
carnetsdesante.fr

C. Deshayes déclare avoir des liens durables ou permanents ainsi qu'une participation financière dans le capital de l'entreprise Tech2Innovate.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Carence en vitamine C

Retour sur l'article d'**Olivier Fain***, paru dans *La Revue du Praticien* d'octobre 2013.
* Service de médecine interne, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, université Paris-6, 75012 Paris. **olivier.fain@aphp.fr**

▶ Vitamine C : indispensable à de nombreuses réactions biochimiques.
▶ Ses réserves dépendent des apports alimentaires.

Prévalence

▶ Dans une étude prospective auprès de 184 patients hospitalisés en Seine-Saint-Denis : hypovitaminose C chez 47,3 % (ascorbémie < 5 mg/L [28 µmol/L]) et carence (< 2 mg/L [11 µmol/L]) chez 16,9 %.
▶ Plus de 100000 cas de scorbut répertoriés dans les années 1990 parmi les réfugiés de la corne de l'Afrique.
▶ Taux d'ascorbémie variables en fonction de la saison.

Causes

▶ **Diminution des apports :**
– populations les plus touchées : hommes seuls, alcooliques, personnes âgées ou ayant des régimes alimentaires volontairement restrictifs ;
– sujets sans domicile fixe : selon une étude chez 87 personnes à Paris, 95 % avaient une déplétion en vitamine C et 72 % des taux < au seuil de détection ;
– tabac : diminue l'absorption et augmente le catabolisme de la vitamine C ; son *turn-over* journalier chez les gros fumeurs (> 20 cigarettes/j) est 40 % > à celui des non-fumeurs ;
– troubles psychiatriques (psychose, anorexie mentale), affections cachectisantes (cancer, sida, par diminution des apports et augmentation des besoins), nutrition parentérale non supplémentée, hémodialyse ou dialyse péritonéale sont favorisants.
▶ **Diminution de l'absorption :** maladie de Crohn, de Whipple, cœliaque.

▶ **Augmentation des besoins :** pendant croissance, grossesse, allaitement, chez les diabétiques, ou en cas de surcharge en fer.

Signes du scorbut

Manifestations cliniques

▶ Apparaissent en 1 à 3 mois de carence absolue en acide ascorbique, quand le pool total de l'organisme est < 300 mg et l'ascorbémie < 2 mg/L.
▶ Signes généraux – asthénie, anorexie, amaigrissement – associés à des manifestations articulaires : arthralgies des genoux, chevilles, épaules, poignets, myalgies et hémarthroses.
▶ Syndrome hémorragique : purpura pétéchial des membres et du tronc centré sur les follicules pileux, ecchymoses, hématomes (fig. 1), hémorragies des gaines des nerfs (« paralysie douloureuse du scorbut »), ou intramusculaires (avec parfois syndrome des loges), hémarthroses responsables d'ostéolyses, hémorragies digestives, voire gynécologiques ou cérébrales.
▶ Manifestations stomatologiques (fig. 2) :
– pas toujours présentes mais caractéristiques ;
– gingivite hypertrophique et hémorragique : surtout si mauvais état dentaire, mais absente en cas d'édentation ;
– parodontolyse : peut survenir secondairement, entraînant une mobilité dentaire accrue et parfois une chute de dents.
▶ Signes cutanés (outre purpura et ecchymoses) : hyperkératose folliculaire, ichtyose pigmentée, œdèmes des membres inférieurs, cheveux en tire-bouchon, alopécie.



Fig. 1 – Manifestations cutanées du scorbut : hématomes, ecchymoses et œdèmes des membres inférieurs.



Fig. 2 – Manifestations stomatologiques du scorbut : gingivite et perte de dents.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

▶ Syndrome sec associé à une hypertrophie parotidienne, troubles psychiatriques (dépression) possibles.

▶ Chez l'enfant (maladie de Barlow), surtout entre 6 et 18 mois, en cas d'alimentation artificielle exclusive non supplémentée :
– douleurs osseuses liées aux hémorragies sous-périostées ;
– manchon péri-ostéodiaphysaire et élargissement de l'extrémité antérieure des côtes à la radio.

▶ Évolution, en l'absence de diagnostic et de traitement, parfois létale : aggravation du syndrome hémorragique, risque infectieux, convulsions, atteintes cardiaques, morts subites.

Marqueurs biologiques et diagnostic

▶ Anémie hypochrome, normo- ou macrocytaire, multifactorielle : due aux hémorragies, à une hémolyse intravasculaire, mais surtout liée à des carences associées en fer et en folates.

▶ Leucopénie, hypo-albuminémie (témoin de la malnutrition globale), hypocholestérolémie : fréquentes.

▶ Cholestérolémie : évolue parallèlement à l'ascorbémie.

▶ Diagnostic confirmé par dosage de l'ascorbémie :
– reflète plus les prises récentes d'acide ascorbique que le statut vitaminique réel de l'organisme ;
– valeurs normales : 5 à 16 mg/L (28-91 µmol/L), à interpréter en fonction de l'existence d'un syndrome inflammatoire (qui favorise le transfert de la vitamine C du sérum vers les leucocytes) ⇨ idéalement, dosage de la vitamine C leucocytaire (non fait en pratique courante) ; dans le doute, si valeur basse, supplémenter en vitamine C.

▶ Ascorbémie entre 2 et 5 mg/L (28 µmol/L) : déplétion asymptomatique, peut être délétère si chronique.

Effets sur d'autres pathologies

▶ **Cancers :**
– effet protecteur (antioxydant ?) de la consommation de fruits et légumes sur le risque de décès par cancer (de cavité buccale, pharynx, œsophage, estomac, pancréas) ;
– pas d'arguments en faveur d'une supplémentation en vitamines anti-oxydantes pour prévenir les tumeurs digestives.

▶ **Cataracte :**
– baisse de la concentration d'antioxydants dans le cristallin : favoriserait sa survenue chez le sujet âgé ;
– intérêt préventif d'un apport en vitamine C (120 à 500 mg/j) : controversé (pas d'effet d'une supplémentation en bêta-carotène, vitamine C, vitamine A selon l'analyse Cochrane de 2012).

TABLEAU — APPORTS QUOTIDIENS RECOMMANDÉS EN ACIDE ASCORBIQUE

Terrain	mg/j
Nourrissons	50
Enfants de 1 à 3 ans	60
Enfants de 4 à 6 ans	75
Enfants de 7 à 9 ans	90
Enfants de 10 à 12 ans	100
Adolescents de 13 à 19 ans	110
Adultes de 20 à 60 ans	110
Femmes enceintes	120
Femmes allaitantes	130
Personnes âgées	120
Fumeurs	140
Diabétiques	140

▶ **Maladies cardiovasculaires :** résultats contradictoires sur le lien entre taux plasmatique d'acide ascorbique et mortalité CV.

▶ **Troubles cognitifs :** l'apport en vitamine C diminuerait le risque de maladie d'Alzheimer.

▶ **Infections virales :**
– un régime enrichi en vitamine C (au-delà des apports quotidiens recommandés) ne semble pas modifier l'évolution des infections virales et de la fatigue associée ;
– d'après une méta-analyse récente, 1 g de vitamine C/j ne diminue pas l'incidence du rhume, mais réduit sa durée de 10 à 20 %.

Traitement du scorbut

▶ 1 g de vitamine C réparti en 2 prises quotidiennes (absorption intestinale et excrétion rénale saturables à partir de 100 mg), durant 15 jours *per os* ou par voie parentérale en cas de malabsorption ⇨ disparition du syndrome hémorragique en 48 heures et amélioration globale en 15 jours.

▶ Contre-indications (exceptionnelles) : oxalose, déficit en G6PD (risque d'hémolyse), goutte, acidose tubulaire rénale, cirrhose, hémoglobinurie paroxystique nocturne.

▶ Consommation de grandes quantités de vitamine C au long cours : peut favoriser calculs rénaux et diarrhée.

Prévention

▶ Alimentation équilibrée et riche en fruits et légumes (5 différents par jour).

▶ Apports quotidiens recommandés : 110 mg/j modulés en fonction de l'âge et du terrain (tableau).

▶ En réanimation post-chirurgicale : 2000 mg/j d'acide ascorbique pour les patients ayant une alimentation entérale ou parentérale. ●

La déclaration de lien d'intérêts d'Olivier Fain est en ligne sur : www.larevuedupraticien.fr

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Grippe : le point en 2015

De nombreux décès pourraient être évités grâce aux mesures préventives et curatives.

Par **Bruno Lina,** laboratoire de virologie et Centre national de référence des virus influenza (site Lyon), groupement hospitalier Est, HCL, 69677 Bron Cedex ; laboratoire Virpath EA4610, faculté de médecine Lyon-Est, université Claude-Bernard Lyon-1. **bruno.lina@chu-lyon.fr**

Chaque hiver, la grippe est responsable d'une épidémie touchant de 1 à 7 millions de Français selon les années.[1] Sa médiatisation (avant et durant son pic) est aussi l'occasion de discuter des enjeux de la politique de vaccination, avec l'éternel débat autour de son intérêt, et des autres moyens de lutte.

TRAQUER UN VIRUS QUI ÉVOLUE

Le vaccin contre la grippe induit une immunité humorale ciblant les antigènes des protéines de surface du virus (hémagglutinine et neuraminidase). Pour qu'il soit efficace, il doit avoir des caractéristiques antigéniques identiques à celles du virus circulant. Comme de nombreux virus à ARN, celui de la grippe est capable de mutations lors de sa réplication (survenant de façon aléatoire) dont certaines, localisées au niveau des sites antigéniques majeurs, empêchent leur reconnaissance par les anticorps neutralisants. Ainsi le virus évolue, échappe à l'immunité préexistante et peut infecter à nouveau le même hôte (fig. 1).[2]

Ce « glissement antigénique », observé pour les virus A(H1N1), A(H3N2) et B, n'est ni linéaire ni prévisible. La grippe circulant en permanence (alternant les épidémies hivernales dans les régions tempérées des deux hémisphères et tout au long de l'année dans les régions intertropicales), la surveillance internationale traque l'apparition de ces mutants d'échappement afin d'obtenir la composition vaccinale qui confère la meilleure protection possible. Or les vaccins doivent être prêts avant les épidémies hivernales, et leur production nécessite 4 à 5 mois. Des « *WHO Vaccine Composition Meetings* » sont donc organisés tous les 6 mois par l'OMS pour déterminer la composition du vaccin.[3] Les erreurs dans ce choix sont rares. Cependant, si une variation antigénique apparaît après la sélection, il est trop tard pour l'intégrer.

Durant l'hiver 2014-2015, une souche A(H3N2) variante d'émergence tardive (et donc non incorporée dans le vaccin) a été responsable d'une grande partie de l'épidémie en France.[4] On estime que la moitié des virus H3N2 ayant circulé étaient variants, d'où une baisse importante de l'efficacité vaccinale. La mortalité observée a été plus élevée que celle attendue (fig. 2, encadré), notamment chez les personnes âgées. Cette situation assez exceptionnelle (elle n'avait pas été rencontrée depuis 1997) montre qu'il faut anticiper une possible défaillance du vaccin et utiliser également les outils de lutte contre la grippe, en complément de la vaccination.

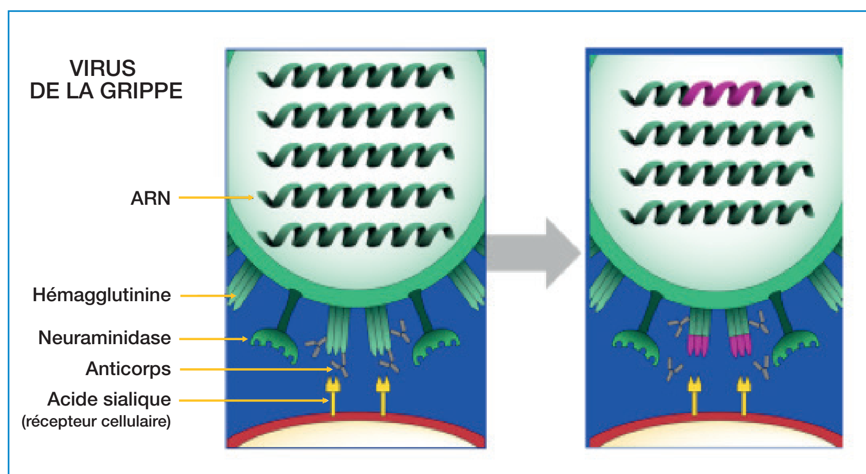


Fig. 1 – Glissement antigénique : une mutation survenant sur un site reconnu par les anticorps neutralisants entraîne une perte de la protection préexistante et la possibilité d'une réinfection.

QUELS VACCINS ?

Sont disponibles en France : un vaccin inactivé sans adjuvant injectable (Agrippal, Influvac, Fluarix, Vaxigrip, Immugrip) qui peut être proposé à tous, et un vaccin vivant atténué sans adjuvant administré par voie intranasale (Fluenz) pour les enfants de 2 à 18 ans. Ce dernier a été introduit avec parcimonie depuis la saison 2013-2014 ; l'expérience sur son utilisation est limitée en France, à la différence des États-Unis.[5]

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

L'efficacité des vaccins inactivés classiques décroît avec l'âge, passant de 80 % chez les adultes jeunes à seulement 40 % (ou moins) chez les plus de 65 ans. En effet, la réponse aux vaccins varie en fonction de la maturation et/ou de la sénescence du système immunitaire. Récemment, de nouvelles formulations ont été développées pour booster la réponse chez la personne âgée (vaccin à dose élevée ou avec adjuvants),[8] la vaccination devenant ainsi personnalisée.

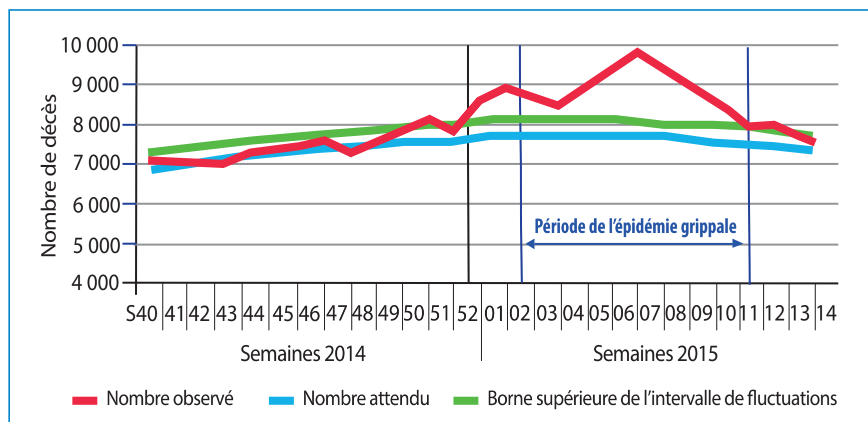


Fig. 2 – Nombre hebdomadaire de décès au cours de l'hiver 2014-2015, tous âges confondus.

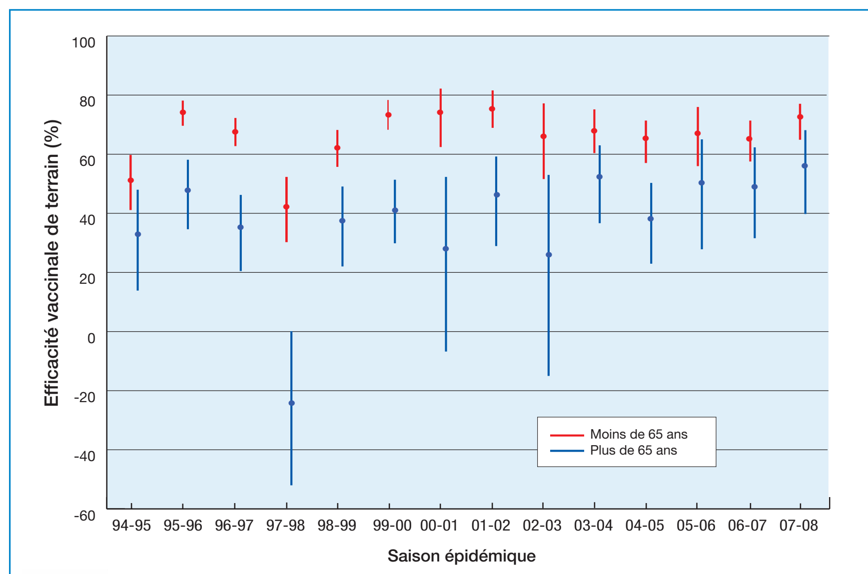


Fig. 3 – Efficacité vaccinale au cours des 5 derniers hivers. Possibilité d'une faible efficacité en cas de virus antigéniquement différents de ceux inclus dans la composition vaccinale (hiver 2014-2015 et dans une moindre mesure 2011-2012).[7]

PRISE EN CHARGE

Toutes les tranches d'âge sont touchées. Le diagnostic clinique de certitude est compliqué, du fait de la cocirculation de virus respiratoires différents, responsables de syndromes grippaux. En outre, la grippe donne des symptômes variés, parfois atypiques, notamment chez le sujet âgé : fatigue et perte d'appétit, sans fièvre ni toux. L'apport des tests virologiques (rapides ou PCR) est alors essentiel.

La prise en charge doit être adaptée au patient. Les enfants d'âge scolaire sont les vecteurs de l'épidémie. Comme chez l'adulte jeune, les formes graves sont exceptionnelles dans cette tranche d'âge, et un traitement symptomatique est le plus souvent suffisant. Inversement, la grippe chez les sujets âgés est peu fréquente (protégés partiellement par la vaccination et se trouvant en dehors des circuits de transmission, sauf les grands-parents en contact avec leurs petits-enfants) mais associée à une morbi-mortalité très élevée. Pour eux comme pour tous les patients à risque, les antiviraux sont indiqués, en cas de grippe, qu'ils soient vaccinés ou non.[9]

Enfin, certains signes doivent alerter afin d'éviter des formes graves. Ainsi, depuis l'expérience de la pandémie en 2009, il est recommandé que tout patient grippé ayant un essoufflement ou une augmentation de son rythme respiratoire soit hospitalisé rapidement, quel que soit son état général. En effet, une dégradation peut survenir brutalement, entraînant une défaillance respiratoire

Une infection dangereuse ?

- **Chaque hiver en France, la mortalité directe** (patients hospitalisés et qui décèdent rapidement) ne représente que 200 à 300 cas par an au maximum, soit environ 0,005 % des infectés.[1] En revanche, en termes de mortalité indirecte, les chiffres sont plus élevés, avec environ 2 000 à 8 000 décès, soit 0,1 à 0,2 % des grippés.[1]
- **Pour les sujets fragiles,** il faut redouter une forme grave. Dans les groupes à risque, y compris les plus jeunes, la morbidité est considérable, engendrant un encombrement des hôpitaux chaque hiver (épisodes de décompensations ou surinfections bactériennes). Chez les plus de 65 ans, même en pleine forme, l'infection grippale n'est jamais anodine et représente une cause majeure d'entrée en dépendance ;[6] la mortalité indirecte peut dépasser 1 %.

Bilan de l'épidémie 2014-2015

- **Près de 1 500 admissions** en services de réanimation et soins intensifs – un chiffre plus élevé que ce qui avait été observé lors de la pandémie de 2009 – avec une mortalité de l'ordre de 15 %.
- **Nombre de décès estimé à plus de 18 000,** soit 2 à 3 fois plus que d'habitude, dont environ 90 % chez les plus de 65 ans.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

À RETENIR

La prise en charge préventive et curative de la grippe est fonction de l'âge et des pathologies du patient (vaccination, antiviraux, mesures d'hygiène).

Tout patient grippé essoufflé doit être hospitalisé en urgence.

L'antibiothérapie n'est jamais utile au début de l'infection et reste aujourd'hui prescrite de manière injustifiée chez plus de 50 % des grippés non surinfectés.

due à un œdème alvéolaire d'évolution rapide qui rend le sujet difficile à ventiler. Chaque hiver, une dizaine de patients sans facteurs de risque relèvent d'une ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*).[1]

PLACE DES ANTIVIRAUX

Bien utilisés, les inhibiteurs de la neuraminidase (oseltamivir, Tamiflu ; zanamivir, Relenza [non disponible en ville]) à action virostatique sont efficaces.[9] Pris très précocement (si possible dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes), ils réduisent l'excrétion du virus, sa transmission, la durée de la maladie, d'où un retour plus précoce à l'activité. D'après les études observationnelles, un nombre significatif de décompensations et d'hospitalisations est ainsi évité chez les plus fragiles.

Au-delà de 48 heures, les particules virales sont progressivement éliminées par l'immunité anti-infectieuse, et l'antiviral n'a plus qu'un effet marginal (ne réduit plus la durée de l'asthénie, de la toux d'irritation ou des myalgies par exemple).

MESURES D'HYGIÈNE

Elles sont préconisées pour éviter l'extension d'une épidémie : lavage des mains régulier avec des solutions hydro-alcooliques, port d'un masque chirurgical par le malade, ventilation/aération régulière des pièces. La distanciation sociale est parfois indispensable pour protéger les personnes très fragiles.

La vaccination des soignants doit être considérée comme une mesure d'hygiène. Aujourd'hui, les enquêtes montrent des taux de vaccination très bas chez les professionnels de santé.[10] Les mieux vaccinés semblent être les médecins jeunes et libéraux, ainsi que le personnel des structures hospitalisant des patients à risque ou des formes graves. Toutefois, dans de nombreux services, la couverture vaccinale est insuffisante, entraînant un risque de transmission nosocomiale des virus influenza.

Dans une étude publiée en 2014, nous avons pu montrer que dans une unité de soins, en l'espace de 15 jours, il y a eu 5 entrées de virus influenza différents dont seules 3 ont été responsables d'infections nosocomiales. Il n'y a pas eu de contamination de patient à patient, sauf dans des chambres partagées ; la transmission passait systématiquement par les soignants, notamment ceux non vaccinés.[11]

Rappelons que dans un contexte épidémique, tous les visiteurs et plus particulièrement les enfants sont des sources potentielles de contamination pour les sujets hospitalisés. ●

Que dire à vos patients



La grippe est une des causes majeures d'évolution vers la dépendance. C'est la raison pour laquelle il faut vacciner les seniors, même ceux en bonne santé.

Outre le vaccin, les mesures d'hygiène sont importantes pour éviter la propagation de l'épidémie.

Même s'il n'est pas efficace à 100 %, il permet une protection significative des patients à risque. En effet, la majorité des personnes hospitalisées en réanimation et/ou décédées ne sont pas vaccinées.

Le vaccin antigrippal ne contient pas d'adjuvant, il est très bien toléré.

RÉFÉRENCES

1. http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques Maladies-infectieuses
2. Smith DJ, Lapedes AS, de Jong JC, et al. Mapping the antigenic and genetic evolution of influenza virus. Science 2004;305:371-6.
3. http://www.nimr.mrc.ac.uk/who-influenza-centre/annual-and-interim-reports/
4. Pebody RG, Warburton F, Ellis J, et al. Low effectiveness of seasonal influenza vaccine in preventing laboratory-confirmed influenza in primary care in the United Kingdom: 2014/15 mid-season results. Euro Surveill 2015;20:210-25.
5. Ambrose CS, Wu X, Knuf M, Wutzler P. The efficacy of intranasal live attenuated influenza vaccine in children 2 through 17 years of age: a meta-analysis of 8 randomized controlled studies. Vaccine 2012;30:886-92.
6. Pop-Vicas A, Gravenstein S. Influenza in the elderly: a mini-review. Gerontology 2011;57:397-404.
7. Souty C, Blanchon T, Bonmarin I, et al. Early estimates of 2014/15 seasonal influenza vaccine effectiveness in preventing influenza-like illness in general practice using the screening method in France. Hum Vaccin Immunother 2015;11:1621-5.
8. Izurieta HS, Thadani N, Shay DK, et al. Comparative effectiveness of high-dose versus standard-dose influenza vaccines in US residents aged 65 years and older from 2012 to 2013 using Medicare data: a retrospective cohort analysis. Lancet Infect Dis 2015;15:293-300.
9. Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet 2015;385:1729-37.
10. Brandt C, Rabenau HF, Bornmann S, Gottschalk R, Wicker S. The impact of the 2009 influenza A(H1N1) pandemic on attitudes of healthcare workers toward seasonal influenza vaccination 2010/11. Euro Surveill 2011;16i: 19854.
11. Eibach D, Casalegno JS, Bouscambert M, et al. Routes of transmission during a nosocomial influenza A(H3N2) outbreak among geriatric patients and healthcare workers. J Hosp Infect 2014;86:188-93.

L'auteur déclare être membre du bureau de l'*European Scientists Working on Influenza* (ESWI) ; président du conseil scientifique du Groupe d'expertise et d'information sur la grippe (GEIG) ; membre du conseil scientifique d'Immuniser.Lyon ; participation grâcieuse au projet IRIS sur la résistance aux antiviraux conduit par Roche ; prise en charge de déplacement à des congrès scientifiques par Roche et BioMérieux.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Par **Pierre Francès[1], Caroline Passeron[2], Poya Aram[3], Axel Audibert[4]**

Elle voit des chiens partout !

Urbanie, 91 ans, vit seule dans une HLM. Ses voisins sont très inquiets car depuis quelques semaines, elle dit que des chiens et des buissons envahissent son appartement.

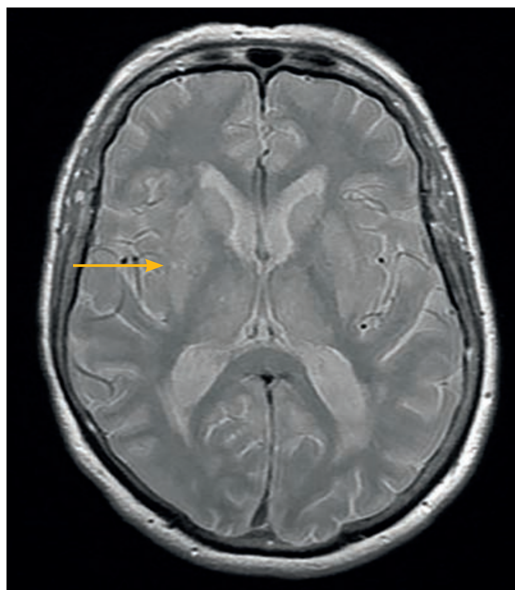
Elle explique ne pas comprendre d'où viennent ces visions et reste angoissée par ces manifestations qui perturbent sa vie quotidienne.

Depuis plus d'un an, elle est quasiment aveugle (moins de 1/10 à chaque œil) du fait d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

L'IRM cérébrale objective une leucoaraïose modérée, localisée au niveau des carrefours (figure). Il existe également une atrophie sous-corticale harmonieuse.

Les tests de mémoire (MMS), adaptés à sa cécité, se révèlent tout à fait satisfaisants, éliminant une démence.

Il s'agit en fait d'hallucinations favorisées par sa DMLA. Elles témoignent d'un syndrome de Charles Bonnet.



DISCUSSION

En 1760, le philosophe et biologiste suisse Charles Bonnet avait remarqué que son grand-père de 89 ans, atteint d'une cataracte avancée et jouissant d'une santé mentale excellente, voyait des scènes animées (avec des hommes et des animaux), tout en restant conscient de leur caractère irréel.[1, 2]

Le syndrome de Charles Bonnet désigne ainsi des hallucinations visuelles en rapport avec une malvoyance, chez un patient au statut cognitif conservé.

Il survient en cas de glaucome, DMLA, mais peut aussi accompagner une sclérose en plaques ou la prise de certains médicaments (antidépresseurs, neuroleptiques, antiépileptiques).[1]

La prévalence de ces hallucinations visuelles en ophtalmologie varie entre 0,5 et 10 %.

Elles seraient dues à des phénomènes de désafférentation (déprivation sensorielle). Pour certains auteurs, elles sont à rapprocher du membre fantôme des personnes amputées.

Les hallucinations sont très variables mais purement visuelles. Elles peuvent être statiques ou dynamiques, persister quelques secondes ou plusieurs heures.

La taille des objets peut être très grande (macropsie) ou très petite (micropsie). Le sujet peut être un motif abstrait qui se répète en boucle (tessellopsie) comme un mur de briques, un kaléidoscope, certains motifs géométriques. Il peut s'agir de formes qui s'entrecroisent (dendropsie) comme des arbres ou des cartes routières ou encore des personnes ou des parties du corps humain. Souvent, ces éléments décrits sont hideux ou disproportionnés. Les animaux ou plantes sont dans certains cas inanimés ou en mouvement.

Les patients sont parfois indifférents, voire même satisfaits. Mais la plupart du temps, ils n'osent pas en parler à un médecin ou à leur entourage de crainte d'être considérés comme déficients mentaux. Ainsi certaines études ont montré que 77 % des sujets victimes d'hallucinations visuelles ne communiquent pas leur vécu.[1] Beaucoup sont très angoissés (plus de 30 % ont peur de perdre la raison).

La psychothérapie diminue le stress, mais elle est sans effet sur les hallucinations.

L'écoute empathique est importante. Il faut informer le patient sur les origines du trouble et rassurer sur l'absence de conséquences psychiatriques.

Il n'y a pas de médicaments réellement efficaces. Certains auteurs recommandent des antiépileptiques (carbamazépine, valproate), des neuroleptiques (olanzapine). D'autres conseillent le recours aux anticholinestérasiques (donépézil), mais avec une réserve quant au résultat. ●

1. Médecin généraliste, 66650 Banyuls-sur-Mer.
frances.pierre@wanadoo.fr
2. Interne en médecine générale, 34000 Montpellier.
3. Médecin généraliste, programme Hippokrates, Jolster, Norvège.
4. Externe, 34000 Montpellier.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Cochard C, Delaunay AC, Cochener B. Syndrome de Charles Bonnet: sous-évalué chez les déficients visuels ? J Fr Ophtalmol 2007;30(suppl 2):2S322.

2. Martin-Du-Pan RC. Syndrome de Charles Bonnet. Rev Med Suisse 2008;4:1732.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Épaule bloquée ?

Une patiente de 63 ans consulte pour une douleur vive de l'épaule gauche associée à une impotence fonctionnelle quasi-totale, installée en quelques jours. À cet endroit, une tendinopathie calcifiante a été infiltrée avec succès 5 ans plus tôt.
Les mobilités actives et passives étant pratiquement nulles, l'examen clinique est peu contributif.
Les radiographies montrent une calcification volumineuse, connue, du récessus supérieur.

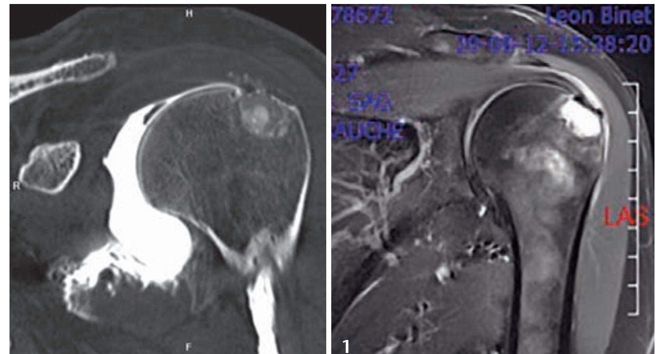
À l'arthroscanner : tendinopathie calcifiante du supra-épineux et lésion du trochiter, hétérogène et plutôt condensante, de 12,5 mm de diamètre, évocatrice de chondrome (fig. 1).

La scintigraphie retrouve une hyperfixation intense de l'épaule gauche, la tomoscintigraphie objective la grosse calcification connue et une petite lésion ostéolytique et hypermétabolique du trochiter.

En IRM : image ovoïde, en hypersignal T2 et réaction destructrice sous-chondrale au voisinage de l'insertion du supra-épineux (fig. 2).
Pendant ce bilan, l'état de la patiente s'améliore quasi-spontanément. Elle arrête d'elle-même les AINS et les antalgiques et retrouve rapidement une mobilité normale sans douleur.

Est finalement porté le diagnostic de fracture spontanée du trochiter sur os pathologique (chondrome) au niveau de l'insertion du supra-épineux. La tendinopathie diagnostiquée 5 ans plus tôt semble liée à ce chondrome, pour lequel il est décidé une surveillance radiologique.
Huit mois plus tard, sa taille a diminué de 50 %.

1. Médecin généraliste, 11260 Espéraza. **drfrritter@orange.fr**
2. Service de rhumatologie, centre hospitalier de Limoux, 11300 Limoux.
3. Centre d'imagerie médicale du Provinois, 77488 Provins Cedex.
4. Centre de radiologie, clinique Montréal, 11890 Carcassonne.



1

DISCUSSION

Les chondromes sont des lésions bénignes, qui représentent 3 % des tumeurs osseuses primitives. Isolés ou multiples (maladie d'Ollier), ils peuvent provoquer des douleurs et des fractures spontanées mais leur révélation est souvent fortuite, à l'occasion d'une imagerie prescrite pour un autre motif.

Le risque de transformation maligne est faible en cas de chondrome solitaire, beaucoup plus élevé dans les formes multiples. Il diminue au fur et à mesure que l'on se rapproche des extrémités.

Parfois invisibles sur les radiographies standard, ils se caractérisent par une géode claire, homogène, arrondie, d'aspect lytique (« corticales soufflées »), au sein de laquelle on voit parfois de petites calcifications. En IRM, les chondromes sont en hypersignal en T2 et prennent le contraste de manière périphérique. En scintigraphie, ils sont hyperfixants.

La conduite à tenir dépend de la symptomatologie, du siège et de la taille de la lésion. L'abstention thérapeutique est licite pour les chondromes asymptomatiques des os longs, sous couvert d'une surveillance radiologique au moins annuelle.

À cette patiente, il eût été licite de proposer une biopsie, voire l'ablation de la tumeur mais l'excellente évolution clinique a incité à être plus attentiste. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– Rochwerger A. Chondromes. Cahiers d'enseignement de la SOFCOT 2005;88:98-104.
– Parlier-Cuau C, Bousson V, Oglivie CM, et al. When should we biopsy a solitary central cartilaginous tumour of long bones? Literature review and management proposal. Eur J Radiol 2011;77:6-12.

F. Ritter et A. Authier déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts. Z. Tounsi et D. Verderi n'ont pas transmis de déclaration de lien d'intérêts.

Précision

À la suite de l'article « Audioprothèses : l'essentiel » (Rev Prat Med Gen 2015;29:379-80), le Syndicat national des médecins spécialisés en ORL et chirurgie cervico-faciale (SNORL) tient à rappeler les termes du rapport de la Commission d'évaluation des produits et prestations diffusé par la HAS le 1er avril 2008 qui précise le rôle de l'ORL. « *Les conditions de prescription sont les mêmes qu'il s'agisse d'un premier appareillage ou d'un renouvellement. La délivrance pour l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans de chaque appareillage auditif est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire du port d'un appareil réalisée par un médecin oto-rhino-laryngologiste après un bilan comprenant notamment un examen otologique et audiométrique tonal (en voie aérienne et osseuse) et vocal (oreille par oreille) (…). Le diagnostic ORL doit éliminer les étiologies ne relevant pas directement de l'appareillage auditif…* »

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Par **Yann Neuzillet***

Tumeurs de vessie infiltrant le muscle

Quand reséquer la vessie ? Comment la reconstruire ?

Le carcinome urothélial vésical est principalement causé par l'exposition prolongée aux carcinogènes éliminés dans les urines. Cela explique le caractère volontiers multifocal des tumeurs de vessie (TV), leur propension à la récidive et la corrélation du pronostic à la durée d'exposition, notamment en cas de tabagisme.[1]
Initialement, tant que le muscle vésical n'est pas atteint, ces cancers sont le plus souvent contrôlés par résection endoscopique et injections endovésicales.
En revanche, les TV infiltrant le muscle (TVIM) ont un pronostic plus péjoratif. Leur agressivité est liée aux capacités des cellules cancéreuses à envahir les tissus et organes environnants, le contact avec les vaisseaux lymphatiques et sanguins favorisant leur migration métastatique.
Les cellules tumorales proliférant dans les fibres musculaires ne sont pas visibles à l'examen endoscopique. La résection ne suffit pas à leur ablation complète, et l'aspect de l'urothélium après cette dernière peut être faussement rassurant. De plus, la pénétration des thérapies adjuvantes endovésicales dans le muscle est limitée.

Conserver ou non la vessie ?

Le traitement de référence est la cystectomie totale. Elle repose sur l'exérèse de la vessie et des ganglions lymphatiques pelviens qui la drainent. Chez l'homme, la prostate est également retirée (« cystoprostatectomie totale »). Chez la femme, selon l'extension de la TVIM au vagin et à l'utérus, il est possible de conserver ou non les organes pelviens (on parle dans ce cas de « pelvectomie antérieure »).
Alternative conservatrice à la chirurgie radicale, la radiochimiothérapie a des indications très limitées : tumeurs de moins de 3 cm, sans carcinome *in situ* associé, ni infiltration de la graisse périvésicale ni hydronéphrose à l'imagerie.
Le taux de succès de la cystectomie, en termes de survie sans récidive, est de l'ordre de 68 % à 5 ans et 60 % à 10 ans. Elle varie en fonction de l'extension de la TVIM (stade TNM) : en cas de tumeurs confinées à la vessie (stade pT ⩽ 2 N0 M0), elle est de 80 % et 77 % respectivement à 5 et 10 ans, contre 58 % et 55 % pour les cancers localement avancés (pT3a-4a N0 M0) et 35 %-31 % en cas d'envahissement ganglionnaire (pT1-4 N ⩾ 1 M0).[2] En revanche, les chances de guérison à 5 ans avec une radiochimiothérapie concomitante ont été estimées à 38-47 % (pT3 ≤ N0 M0).[3] Dans une étude récente, où les patients ont fait l'objet d'une sélection rigoureuse (critères d'indication à la radiochimiothérapie cités ci-dessus), les taux ne sont que de 56 % et 42 % à 5 et 10 ans avec le traitement conservateur.[4]
La cystectomie partielle (résection de la partie de la vessie où siège la TVIM), est techniquement envisageable lorsque la tumeur est située à distance du trigone (partie fixe de la vessie où s'abouchent les uretères et où se situe le col vésical). Les indications sont les mêmes que pour la radiochimiothérapie concomitante (*cf.* supra) ; l'efficacité n'est cependant pas équivalente à celle de la cystectomie totale.[5]

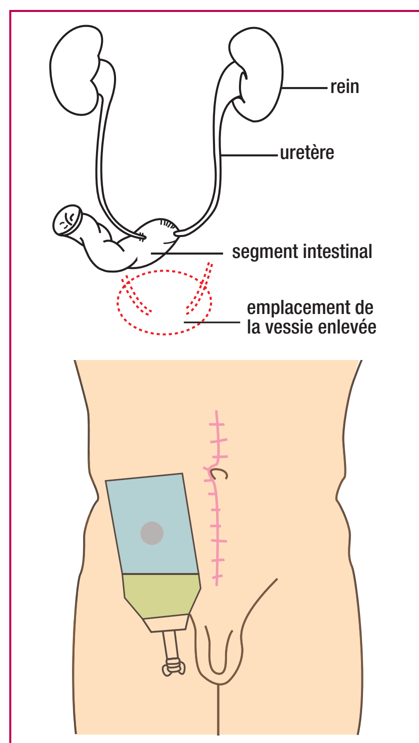


Fig. 1 – Dérivation urinaire de type Bricker et son appareillage.

Quelles options après cystectomie ?

L'exérèse du réservoir vésical impose une dérivation urinaire, réalisable de diverses façons.

Dérivations non continentes

Elles assurent l'extérioration des urines transportées par les uretères, soit de façon directe (urétérostomie cutanée), soit *via* un court segment d'iléon (Bricker, fig. 1).
La première technique, plus simple, ne requiert pas le prélèvement d'un segment digestif. Toutefois, chaque uretère doit être anastomosé individuellement à la peau et une sonde urétérale doit être maintenue en place et régulièrement changée.
La deuxième a l'avantage d'imposer un orifice stomial unique, dont la perméabilité pérenne est obtenue sans cathétérisme urétéral à demeure. Mais le prélèvement iléal est source de morbidités postopératoires (anastomoses digestives, iléus prolongé, occlusion, fistules). Ces dérivations nécessitent un appareillage abdominal permanent par 1 ou 2 poches de recueil. Elles entraînent un préjudice esthétique mais ont l'avantage d'une gestion simple et reproductible, ce qui en fait la méthode de choix chez les sujets ayant des troubles cognitifs ou peu enclins à la gestion d'une dérivation continente.

Entérocystoplastie (continente)

On remplace la vessie par un réservoir confectionné avec l'iléon ou, plus rarement,

* Service d'urologie, hôpital Foch, 92150 Suresnes ; université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines.
y.neuzillet@hopital-foch.org

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

L'ESSENTIEL

➜ **Pour les tumeurs de vessie infiltrant le muscle, la RTUV ne suffit pas.**

➜ **La cystectomie totale avec dérivation des urines** est le traitement de référence. La radiochimiothérapie a des indications très strictes.

➜ **La faisabilité de l'entérocystoplastie,** technique de choix, dépend des capacités de compréhension du patient et de l'extension de la tumeur.

le côlon. Le patient doit le vidanger périodiquement, soit par une miction, soit par un cathétérisme intermittent. Pour obtenir un bon résultat fonctionnel, une rééducation intensive et initialement contraignante est indispensable. D'une part, sa sensibilité n'est pas suffisante pour « donner l'envie d'uriner » : c'est au patient d'aller la vider (risque de distension) ; d'autre part, la contraction du plancher pelvien doit être renforcée pour minimiser le risque d'incontinence urinaire.

L'anse intestinale utilisée est détubulisée pour supprimer son péristaltisme, puis modelée (fig. 2), pour former un réservoir d'environ 400 à 500 cm^3.[7] Ce dernier est connecté à son point le plus déclive à l'urètre. Chez l'homme, on utilise la partie en dessous de la prostate et au-dessus du sphincter. Chez la femme, outre la conservation du col vésical nécessaire à la continence, celle des organes génitaux (vagin et utérus principalement) assure une meilleure stabilité de la plastie dans le pelvis et réduit le risque de plicature de l'urètre.[8] Pour cette raison, l'entérocystoplastie est contre-indiquée en cas d'envahissement tumoral de l'urètre prostatique chez l'homme (en complément de la fibroscopie préopératoire, un examen de la recoupe urétrale est recommandé) et du vagin chez la femme. La capacité à comprendre et à effectuer la rééducation est indispensable. ●

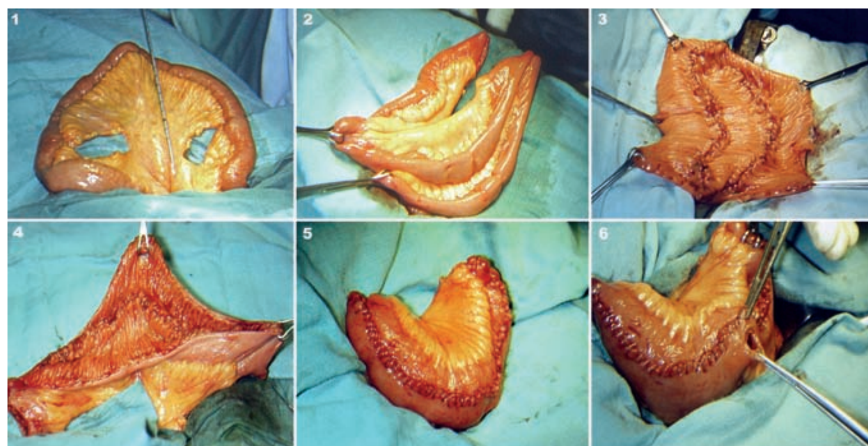


Fig. 2 – Confection d'une entérocystoplasie « Z ». **1.** Prélèvement d'un segment de 45 cm d'iléon. L'intestin grêle en amont et en aval est ensuite remis en continuité via une anastomose. **2.** Disposition en « Z » du prélèvement d'iléon (à l'aide de pinces orthostatiques). **3.** Incision de l'intestin à son bord antimésentérique, puis suture des branches du « Z » afin d'obtenir une surface plane et rectangulaire d'iléon. **4.** Repliement sur elle-même de cette plaque d'iléon et suture des bords externes. **5.** Le réservoir ainsi obtenu a une forme oblongue et incurvée lorsqu'il est vide et une contenance de 400 à 500 cm^3. **6.** Au point le plus déclive de l'entérocystoplastie, une incision est faite pour permettre l'anastomose avec l'urètre.

Cystectomie totale : quelle morbidité ?

Elle est globalement estimée à 64 %,[9] et varie selon les équipes.[10] La mortalité péri-opératoire est actuellement inférieure à 1 %. Le mode de dérivation des urines influe sur le risque de complication péri-opératoire (plus élevé en cas d'entérocystoplastie continente).

Les comorbidités ne contre-indiquent l'exérèse tumorale que dans la mesure où le risque chirurgical excède celui de l'évolution oncologique. Elles augmentent le risque de complication péri-opératoire et leur importance conditionne donc le choix de la technique de dérivation.

L'évaluation multidisciplinaire des patients, notamment fragiles, par un onco-gériatre, permet d'affiner les indications chirurgicales et de définir la prise en charge péri-opératoire optimale, notamment sur le plan nutritionnel et de la prévention des syndromes confusionnels. En cas de contre-indication à la cystectomie, la résection endoscopique palliative et la radiothérapie pelvienne peuvent être discutées.

RÉFÉRENCES

1. Rink M, Zabor EC, Furberg H, et al. Impact of smoking and smoking cessation on outcomes in bladder cancer patients treated with radical cystectomy. Eur Urol 2013;64:456-64.
2. Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. J Clin Oncol 2001;19:666-75.
3. Koukourakis G, Kouloulias V, Zacharias G, et al. Therapeutic interventions targeting organ preservation in muscle-invasive bladder cancer: a review. Clin Transl Oncol 2011;13:315-21.
4. Mak RH, Hunt D, Shipley WU, et al. Long-term outcomes in patients with muscle-invasive bladder cancer after selective bladder-preserving combined-modality therapy: a pooled analysis of Radiation Therapy Oncology Group Protocols 8802, 8903, 9506, 9706, 9906, and 0233. J Clin Oncol 2014;32:3801-9.
5. Kassouf W, Swanson D, Kamat AM, et al. Partial cystectomy for muscle invasive urothelial carcinoma of the bladder: a contemporary review of the M. D. Anderson Cancer Center experience. J Urol 2006;175:2058-62.
6. Ayres BE, Gillatt D, McPhail S, et al.; AUS Section of Oncology and South West Public Health Observatory. A delay in radical cystectomy of > 3 months is not associated with a worse clinical outcome. BJU Int 2008;102:1045.
7. Hautmann RE, Botto H, Studer UE. How to obtain good results with orthotopic bladder substitution: The 10 commandments. Eur Urol 2009 (Suppl 8):712-7.
8. Todenhöfer T, Stenzl A, Schwentner C. Optimal use and outcomes of orthotopic neobladder reconstruction in men and women. Curr Opin Urol 2013;23:479-86.
9. Richards KA, Steinberg GD. Perioperative outcomes in radical cystectomy: how to reduce morbidity? Curr Opin Urol 2013;23:456-65.
10. Goossens-Laan CA, Gooiker GA, van Gijn W, Post PN, Bosch HK, Kil PJ, Wouters NM. A systematic review and meta-analysis of the relationship between hospital/surgeon volume and outcome for radical cystectomy: an update for the ongoing debate. Eur Urol 2011;59:775-83.

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Par **Clothilde Barral, Thao Pham***

Surveiller les anti-TNFα

Le médecin généraliste joue un rôle crucial dans le suivi de leur tolérance.

Indications

Les anti-TNF qui ciblent le *Tumor Necrosis Factor* α sont des biomédicaments utilisés en traitement de fond (après échec des médicaments conventionnels) dans les rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, spondyloarthrites, arthrite chronique juvénile) mais aussi la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique et le psoriasis.

Cinq sont actuellement commercialisés, avec des modes et des rythmes d'administration différents (tableau 1). Leur prescription initiale est hospitalière, réservée à certains spécialistes. Ceux à administration sous-cutanée sont disponibles en seringue classique ou en stylo injectable.

Principales contre-indications : néoplasie ou hémopathie datant de moins de 5 ans ou potentiellement évolutive, infection active aiguë ou chronique, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV, maladie démyélinisante. Il faut par ailleurs être vigilant devant une situation à risque sur le plan infectieux ou face à des lésions précancéreuses.[1]

On les prescrit pour obtenir la rémission de la maladie ou en réduire l'agressivité au minimum (amélioration des signes cliniques, des échelles d'activité de la pathologie dont le DAS 28 [*Disease Activity Score*], des marqueurs de l'inflammation…). Leur délai d'efficacité moyen est de 2 à 3 mois. Ils sont généralement bien tolérés, sans toxicité digestive ni rénale et sans interaction avec d'autres traitements. Toutefois, les effets indésirables ne sont pas rares, et certaines situations requièrent une prudence accrue.[2]

* Service de rhumatologie,
hôpital Sainte-Marguerite, AP-HM ;
université Aix-Marseille, 13284 Marseille Cedex 9.
thao.pham@ap-hm.fr

Risque allergique

Des réactions cutanées au point d'injection (érythème, prurit, douleur, inflammation locale…) peuvent survenir lors des premières semaines, mais disparaissent généralement après quelques administrations. Elles ne contre-indiquent pas la poursuite des anti-TNF, sauf exception. Un traitement antihistaminique ou corticoïde par voie locale peut être utile.

Les réactions systémiques retardées sont rares (1 à 2 % des cas). Elles se manifestent 3 à 12 jours après administration (le plus souvent avec l'infliximab) par des signes de type arthralgie, myalgie, fièvre, prurit, urticaire, céphalées, œdèmes, troubles de la déglutition. L'hospitalisation des formes sévères est urgente. La reprise ultérieure du médicament est discutée en fonction du degré de gravité. Les anti-TNF ayant des structures moléculaires distinctes, il s'agit rarement d'une allergie à la classe entière, mais seulement à un produit particulier. Un *switch* pour un autre anti-TNF peut être envisagé.

Risque infectieux

Il est majoré par rapport à celui de la population générale, mais non explosif. Il est d'autant plus important que le patient est sous corticothérapie au long cours, d'où l'intérêt de toujours rechercher la dose minimale efficace des corticoïdes. La prévention (vaccination) est essentielle et la prise en charge doit être rapide. Une infection patente contre-indique la mise en route d'un traitement par anti-TNF.

Les infections les plus rapportées sont broncho-pulmonaires ou concernent les voies aériennes supérieures. Le taux d'infection sévère donnant lieu à une hospitalisation est de l'ordre de 5/100 patients-années, soit un risque multiplié par 2 par rapport à celui de la population générale. Les signes d'alerte sont classiques. L'absence de fièvre et d'hyperleucocytose ne doit pas faire écarter l'hypothèse infectieuse, en présence d'autres manifestations cliniques.

Toute suspicion d'infection impose la suspension de l'anti-TNF. Dans les formes non compliquées, un traitement antibiotique doit être initié après les prélèvements bactériologiques, et sans en attendre les résultats. En cas de signes de gravité, l'hospitalisation est de mise (il faut impérativement informer l'équipe médicale de la prise de l'anti-TNF) ; les tests bactériologiques sont indispensables pour le choix de l'antibiothérapie.

En cas d'infection traînante, toujours penser à un éventuel pathogène opportuniste. La réintroduction du biomédicament peut être envisagée après guérison complète

TABLEAU 1 DIFFÉRENTS ANTI-TNF

Anti-TNF	**Remicade** Infliximab	**Enbrel** Étanercept	**Humira** Adalimumab	**Simponi** Golimumab	**Cimzia** Certolizumab pégol
Mode d'administration (dans les rhumatismes inflammatoires)	3 à 5 mg/kg toutes les 6 à 8 semaines IV	50 mg/sem. SC	40 mg/14 j SC	50 mg/mois SC	200 mg/14 j SC
Nature moléculaire	Anticorps chimérique humain/murin	Protéine de fusion	Anticorps monoclonal humain	Anticorps monoclonal humain	Fragment Fab couplé à un polyéthylène glycol

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

L'ESSENTIEL

- **Les anti-TNF ont révolutionné** la prise en charge des rhumatismes inflammatoires, notamment la polyarthrite rhumatoïde et les spondyloarthrites.
- **Vigilance vis-à-vis du risque infectieux,** comme avec tout traitement potentiellement immunosuppresseur.
- **Pour limiter ce risque,** le calendrier vaccinal doit être respecté.
- **Des fiches pratiques** pour la gestion des anti-TNF, à destination des médecins et des patients, sont disponibles en ligne (www.cri-net.com).

de l'infection, sous étroite surveillance clinique et biologique.

Devant des signes respiratoires, la radiographie est systématique Un traitement par amoxicilline-acide clavulanique ou céphalosporine de 3e génération doit être initié en cas d'infection communautaire. L'hospitalisation s'impose en l'absence d'amélioration à 48 heures. Une pneumopathie fait rechercher un germe atypique (*Chlamydia, Mycoplasma, Legionella*...).

La réactivation sous anti-TNF des localisations cutanéo-muqueuses de l'herpès est fréquente en pratique courante et répond bien aux antiviraux par voie générale à la dose recommandée chez l'immunodéprimé (ne pas utiliser la voie locale, car dose infrathérapeutique et risque de résistance). En cas d'épisodes récidivants, un traitement prophylactique par valaciclovir 500 mg x 2/j est préconisé, avec une réévaluation à 6-12 mois.

Vaccinations

Il est toujours possible d'utiliser, chez un patient sous anti-TNF, un vaccin inactivé ou composé d'un antigène. Dans ce cas, la vaccination peut être faite à tout moment et ne nécessite pas de report de l'injection de l'anti-TNFα. La réponse immune induite n'est pas significativement diminuée par le traitement.

En revanche, les vaccins vivants sont contre-indiqués chez les patients sous anti-TNF ou corticothérapie *per os* à dose supérieure à 10 mg/j pendant plus de 2 semaines et/ou immunosuppresseurs et/ou autre biomédicament (tableau 2).

Les modalités de vaccination contre le pneumocoque chez l'adulte immunodéprimé ont récemment été modifiées :

– patients non préalablement vaccinés ou vaccinés depuis plus de 3 ans par Pneumo 23 : administrer une dose de Prevenar 13 puis une dose de Pneumo 23 au moins 2 mois après ;

– sujets ayant reçu le Pneumo 23 depuis moins de 3 ans : attendre le délai de 3 ans avant de revacciner (1 dose de Prevenar 13 puis 1 dose de Pneumo 23 au moins 2 mois après).

TABLEAU 2 VACCINS CHEZ LES PATIENTS IMMUNODÉPRIMÉS*

Contre-indiqués			Spécifiquement recommandés
Vaccins vivants atténués :			
- BCG - Fièvre jaune	- Grippe (vaccin nasal) - ROR	- Rotavirus - Varicelle	- Grippe saisonnière (inactivé) - Pneumocoque

* Traités par corticothérapie per os à dose > 10 mg/j pendant plus de 2 semaines et/ou immunosuppresseurs et/ou biothérapie.

Situations à risque

En cas de chirurgie programmée, l'anti-TNF doit être suspendu avant le geste ; le délai est variable, en fonction du type de molécule et du risque septique peropératoire. Le traitement n'est repris qu'après cicatrisation totale.

Les soins dentaires usuels (caries, détartrages) ainsi que la pose d'implants peuvent être faits sans interrompre le médicament, mais sous couverture antibiotique.

Concernant ceux à risque infectieux (granulome apical, abcès...), il est recommandé d'arrêter l'anti-TNF et de réaliser une antibioprophylaxie.

Il n'a pas été mis en évidence de risque tératogène chez les singes, ni d'effets mutagènes dans les tests précliniques. Malgré cela, les anti-TNF ne sont actuellement pas recommandés chez la femme enceinte, et une contraception efficace est requise à l'instauration du traitement.[3] Si une grossesse survient sous anti-TNF, il faut rassurer quant au risque malformatif ; l'utilisation (ou la poursuite) du traitement n'est envisagée qu'après avoir écarté les autres options thérapeutiques possibles.

Chez l'homme, en l'absence d'effet mutagène retrouvé, il n'est pas justifié d'interrompre les anti-TNF lors de la période de conception. ●

Surveillance de la tolérance des anti-TNF*

Rechercher et confirmer l'absence de :

- Fièvre
- Adénopathie
- Pathologies des voies aériennes supérieures aiguës ou chroniques
- Signes d'insuffisance cardiaque
- États précancéreux (surveillance cutanée, gynécologique, dépistage en fonction des facteurs de risque du patient)

Faire tous les 3 mois :

- NFS, plaquette, VS, CRP, fonction rénale
- Bilan hépatique

** Hors traitements associés.*

RÉFÉRENCES

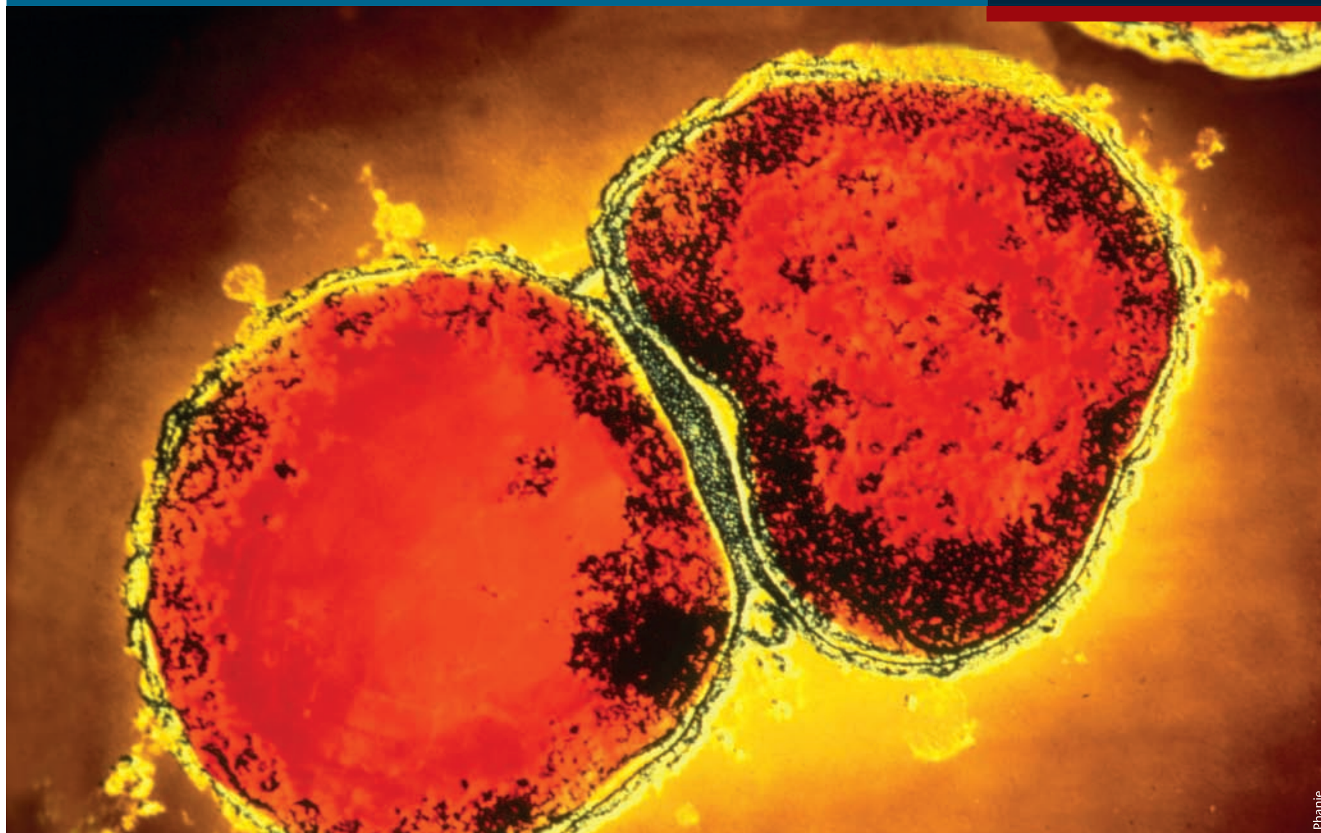
1. Goeb V, Ardizzone M, Arnaud L, et al.; Club Rhumatismes et Inflammations (CRI); French Society for Rheumatology. Recommendations for using TNFalpha antagonists and French Clinical Practice Guidelines endorsed by the French National Authority for Health. Joint Bone Spine 2013;80:574-81.
2. Pham T, Bachelez H, Berthelot JM, et al. TNF alpha antagonist therapy and safety monitoring. Joint Bone Spine 2011;78(Suppl 1):15-185.
3. http://www.lecrat.org/

POUR EN SAVOIR PLUS

– Lettre d'information patient : http://www.cri-net.com/recherche/fichespratiques/index_fiche_antitnf.asp

Clothilde Barral déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.
Thao Pham déclare avoir reçu des honoraires (présentations et/ou conseils) des laboratoires AbbVie, Pfizer, MSD et UCB.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE



SOMMAIRE

Par **Matthieu Revest**[1, 2], **Pierre Fillâtre**[1], **Pierre Tattevin**[1, 2]
1. Maladies infectieuses et réanimation médicale, CHU Pontchaillou, 35000 Rennes.
2. Inserm U835, université Rennes-1, 35000 Rennes.
pierre.tattevin@chu-rennes.fr

MÉNINGITES INFECTIEUSES

Pneumocoque et méningocoque sont responsables de 80 % des méningites bactériennes.

QUELLES CAUSES ?

On distingue 2 grandes familles : les méningites aiguës virales, les plus fréquentes, bénignes, et celles d'origine bactérienne, associées à une mortalité et à un risque de séquelles importants.

L'incidence des méningites bactériennes en France métropolitaine est de 2,4 cas pour 100 000 personnes par an, soit environ 1 500 cas annuels (d'après le réseau Epibac 2013). Leur épidémiologie, variable en fonction de l'âge (fig. 1),[1] a été modifiée par les différentes mesures vaccinales. Les méningites à *Hæmophilus influenzæ* du groupe b ont nettement diminué, jusqu'à quasiment disparaître. L'incidence de celles à pneumocoque a baissé depuis l'administration à grande échelle du vaccin conjugué aux enfants de moins de 2 ans. Les méningites à méningocoque du groupe C pourraient faire de même si la couverture vaccinale était plus large. Celles liées à *Mycobacterium tuberculosis*, rares, se manifestent sur un mode chronique et ne sont pas traitées ici.

Le streptocoque du groupe B (*Streptococcus agalactiæ*) et *Escherichia coli* sont en cause quasi exclusivement chez le nouveau-né, en raison d'une contamination verticale lors de l'accouchement. Au-delà d'un mois de vie, les 2 principales bactéries impliquées sont le méningocoque et le pneumocoque, avec une prépondérance de l'un ou de l'autre selon les tranches d'âge (fig. 1).

Les entérovirus (échovirus, coxsackie) sont responsables de la grande majorité des formes aiguës virales bénignes. Leur incidence exacte n'est pas connue puisque souvent elles ne sont pas documentées sur le plan microbiologique (PCR non réalisée). Elles touchent principalement l'enfant et l'adulte jeune, avec une recrudescence marquée durant l'été et un peu moins nette à l'automne, et sont quasi inexistantes après 50 ans : 22 % avant 1 an, 48 % entre 1 et 14 ans, 29 % entre 15 et 49 ans.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

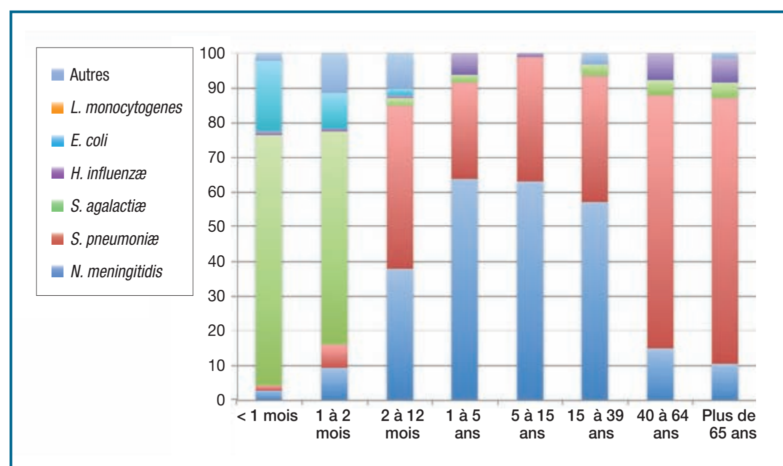


Fig. 1 – Épidémiologie des méningites bactériennes en fonction de l'âge (adapté de Lévy C, et al.[2] et du rapport Réseau Epibac 2013).

QUELS SIGNES CLINIQUES ?

Deux aspects sont cruciaux : reconnaître une méningite et dépister les signes de gravité. Le tableau clinique dépend de l'âge.

Plus l'enfant est petit, moins les symptômes sont spécifiques. Chez le nourrisson, la raideur de nuque est absente dans la majorité des cas et volontiers remplacée par une hypotonie nucale, voire généralisée. La photophobie et le bombement de la fontanelle peuvent manquer ou apparaître dans un second temps. Les troubles digestifs sont fréquents, et des changements de comportement récents (enfant craintif ou inconsolable, baisse de la vigilance, mauvaise prise du biberon...) sont décrits dans un tiers des cas. Vingt à 30 % des enfants atteints de méningite bactérienne ont des convulsions, focales ou généralisées. La fièvre est fréquente mais non systématique. Enfin, des signes de gravité doivent être recherchés : purpura, teint grisâtre, tachycardie extrême, augmentation du temps de recoloration cutanée.

Au-delà de 3 mois et surtout après 2 ans, les manifestations cliniques sont beaucoup plus classiques et s'apparentent à celles de l'adulte. La triade classique « fièvre, raideur de nuque et altération de la conscience » n'est complète que chez environ 50 % des patients. En revanche, plus de 95 % des sujets ont au moins 2 signes parmi les suivants : céphalées (87 %), fièvre (77 %), raideur de nuque (83 %) et altération de la conscience plus ou moins marquée (69 %).[1] Les signes classiques de Kernig (douleur apparaissant lors de la flexion de la cuisse sur le bassin, jambes tendues) et de Brudzinski (l'antéflexion de la tête entraîne la flexion involontaire des membres inférieurs) sont en fait très rares même si leur spécificité semble bonne.[3]

Retentissement hémodynamique (tachycardie, hypotension artérielle, marbrures, froideur des extrémités), taches purpuriques (orientant vers un purpura fulminans, rapidement extensif, cf. fig. 2), troubles de conscience doivent alerter.

TABLEAU 1 PRÉSENTATIONS CLINIQUES ET ÉVOLUTIONS DES MÉNINGITES À PNEUMOCOQUE, MÉNINGOCOQUE ET LISTERIA

	Méningite à pneumocoque	Méningite à méningocoque Sérotype B (60 %), C (30 %), W135 (5 %)	Méningite à Listeria
Examen direct	Cocci à Gram positif	Cocci à Gram négatif	Bacille à Gram positif
	Examen direct très souvent positif (90 %)	Examen direct moins constamment positif (70 %)	Examen direct souvent négatif
Présentation clinique	Début brutal	Début brutal Saison hivernale Notion d'épidémie	Début progressif en quelques jours Sujet immunodéprimé ou âgé de plus de 50 ans
	Tableau méningé franc Purpura possible mais beaucoup plus rare Coma fréquent et de mauvais pronostic, convulsions, signes neurologiques focaux sus-tentoriels (en particulier liés à des infarctus cérébraux consécutifs à une vascularite bactérienne)	Tableau méningé franc Présence d'éléments purpuriques évocatrice Arthralgies	Tableau de rhombencéphalite avec paralysies d'un ou de plusieurs nerfs crâniens (paralysie oculomotrice, faciale, troubles de déglutition)
Terrain favorisant	Porte d'entrée ORL ou brèche ostéodurale à rechercher systématiquement	Cas sporadique ou épidémique (écoles, internats, unités militaires, voyages en zone d'épidémie…)	Alcoolisme, sujet âgé, grossesse, immunodépression
Caractéristiques cytologiques et biochimiques du liquide cérébrospinal (LCS)	Forte polynucléose habituelle Hyperprotéinorachie importante et hypoglycorachie profonde	Polynucléose et anomalies chimiques varient selon la précocité de la ponction lombaire Hyperprotéinorachie, hypoglycorachie	Aspect très variable ; typiquement « panaché » (PNN et lymphocytes en proportions proches) mais parfois purulent ou à prédominance de lymphocytes Hyperprotéinorachie et hypoglycorachie
Évolution	Mortalité importante, de l'ordre de 30 %	Mortalité plus faible (5 à 10 %)	Pronostic réservé pour les formes associées à des troubles de conscience, des paralysies des nerfs crâniens

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE



Fig. 2 – *Purpura fulminans.*

QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Tout syndrome méningé – céphalées diffuses, en casque ; raideur méningée ; photophobie, vomissements – fait redouter une méningite bactérienne (on considère l'étiologie virale une fois éliminée cette hypothèse).

La prise en charge est une urgence absolue, et implique un transfert immédiat à l'hôpital (encadré ci-dessous), pour discuter une ponction lombaire (PL) et une antibiothérapie.

Un malade ayant des signes infectieux et, à l'examen clinique – pratiqué après déshabillage complet – un purpura avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de diamètre supérieur ou égal à 3 mm (fig. 2), doit recevoir immédiatement, avant l'arrivée d'un transport médicalisé, une injection intraveineuse, ou à défaut intramusculaire, de ceftriaxone contre le méningocoque.[4] La posologie est de 50 mg/kg chez l'enfant (sans dépasser 1 g) et de 1 g chez l'adulte. Si elle n'est pas disponible, on peut lui substituer l'amoxicilline 50 mg/kg IV chez l'enfant (sans dépasser 1 g) ou 1 g chez l'adulte. Le patient doit ensuite être transféré vers le centre hospitalier le plus proche par le Samu, sous réserve que son délai d'intervention n'excède pas 20 minutes. Si ce n'est pas le cas, le transport est effectué par le moyen le plus rapide, éventuellement par un proche. L'hôpital doit être prévenu de l'arrivée imminente d'un patient suspect de *purpura fulminans* ou de méningite bactérienne.

QUEL BILAN ?

La PL est essentielle pour le diagnostic. Cependant, toute situation conduisant à la retarder impose un traitement probabiliste. L'examen direct après coloration de Gram peut mettre en évidence l'agent pathogène. La culture du liquide cérébro-spinal (LCS) identifie l'agent étiologique et étudie sa sensibilité aux antibiotiques. En cas d'examen direct négatif et de suspicion forte de méningite, l'analyse biochimique et cytologique du LCS peut orienter. Les méningites bactériennes sont caractérisées par une hypoglycorachie et une hyperprotéinorachie, alors que les infections virales sont normoglycorachiques. Pour mémoire, les critères d'analyse des anomalies du LCS suivent la règle des « 4 » : méningite si cytologie > 4 éléments/mm^3 ; hyperprotéinorachie si protéines > 0,4 g/L ; hypoglycorachie si glucose < 0,4 fois la glycémie contemporaine.

TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

Dans un premier temps, une antibiothérapie probabiliste est instaurée, tenant compte du résultat de l'examen direct du LCS – quand celui-ci est positif – ou de la clinique. Depuis la conférence de consensus française de 2008,[1] l'antibiothérapie empirique des méningites bactériennes à l'hôpital repose sur une monothérapie par céphalosporines de 3e génération à fortes doses (300 mg/kg/j pour le céfotaxime après dose de charge, 100 mg/kg/j pour la ceftriaxone).

La thérapeutique initiale doit être réévaluée quotidiennement en fonction de l'évolution clinique, de l'identification du pathogène en cause et de l'étude de sa sensibilité aux antibiotiques (concentration minimale inhibitrice).

S'il n'y a pas d'amélioration après 48-72 heures, une imagerie cérébrale doit rechercher des complications locales. En l'absence de ces dernières, une nouvelle ponction lombaire est réalisée.

Une corticothérapie (injection de dexaméthasone) doit être réalisée, immédiatement avant ou de façon concomitante à la première injection d'antibiotique si :

– examen direct positif évoquant une méningite à pneumocoque chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson, méningocoque chez l'adulte, *Hæmophilus influenzæ* chez l'enfant et le nourrisson ;

Prise en charge préhospitalière en cas de suspicion de méningite bactérienne

Pas de purpura ni de défaillance sévère

- Adresser le patient dans les plus brefs délais au centre hospitalier le plus proche.
- Appeler le centre accueillant pour prévenir de l'arrivée imminente d'un patient suspect de méningite bactérienne.
- Patient accompagné d'un mot mentionnant de façon explicite la suspicion.

Avec purpura fébrile dont au moins un élément nécrotique ou ecchymotique ≥ 3 mm et/ou défaillance sévère

- Injection IV ou IM de ceftriaxone :
  – 50 mg/kg chez l'enfant ;
  – 1 g chez l'adulte.
- Transfert par le Samu au centre hospitalier le plus proche si intervention < 20 minutes.
- À défaut, adresser le patient par le moyen le plus rapide en prévenant le centre hospitalier d'accueil de l'arrivée imminente d'un patient suspect de *purpura fulminans.*

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

TABLEAU 2 ANTIBIOPROPHYLAXIE DES INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE	
Première intention	**Deuxième intention**
Rifampicine pendant 48 heures : – 600 mg x 2/j chez l'adulte – nouveau-né (< 1 mois) : 5 mg/kg x 2/j – enfant > 1 mois : 10 mg/kg x 2/j sans dépasser 1 200 mg	Ceftriaxone, dose unique en IV : – adulte : 250 mg – enfant quel que soit l'âge : 125 mg Ou Ciprofloxacine, dose unique par voie orale : – adulte : 500 mg – enfant : 20 mg/kg (sans dépasser 500 mg)

– examen direct négatif mais autres données (tests biologiques du LCS et du sang) permettant de retenir le diagnostic de méningite bactérienne chez l'adulte et le nourrisson de 3 à 12 mois.

La dose initiale est de 10 mg chez l'adulte et de 0,15 mg/kg chez l'enfant ; répétée toutes les 6 heures pendant 4 jours.

QUELLES COMPLICATIONS ?

La gravité de ces maladies est extrême, avec une létalité globale de 20 % chez l'adulte et 10 % chez l'enfant. Le délai de mise en route d'une antibiothérapie adaptée est crucial pour le pronostic. Ainsi, si on considère l'ensemble des méningites bactériennes, un retard de plus de 6 heures dans l'administration de la première dose est associé à un risque de décès multiplié par 8. Ce dernier est 14 fois plus élevé si l'on tient compte uniquement des méningites à pneumocoque traitées plus de 3 heures après l'arrivée à l'hôpital.

Des complications peuvent survenir dans les premiers jours de prise en charge : empyème ou abcès cérébral, thrombophlébite cérébrale, vascularite cérébrale,[3] et nécessitent un traitement spécifique.

TABLEAU 3	VACCINS ANTIMÉNINGOCOCCIQUES DISPONIBLES EN FRANCE		
Groupe	**Noms**	**Types de vaccin et modalités**	**Indications**
B	Bexsero	Protéinique	Patients traités par éculizumab Patients avec déficit en fraction distale du complément ou en properdine Aspléniques Personnes ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH)
C	Meningitec Neisvac Menjugatekit	Polyosidique conjugué Une seule injection	Tous les enfants entre 12 et 24 mois Rattrapage jusqu'à 24 ans
A et C	Vaccin méningococcique A + C	Polyosidique non conjugué Rappels tous les 5 ans	Plus d'indication en dehors des enfants entre 6 et 12 mois avant un voyage en Afrique considéré à risque*
A + C + Y + W135	Menveo Nimenrix	Polyosidique conjugué Une seule injection	Patients à risque de méningite (déficit en complément et properdine, personnes ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques, aspléniques, traitement par éculizumab) En cas de voyage considéré à risque*

* Contacts étroits et prolongés avec la population locale dans un contexte épidémique ou endémique.

Le risque de séquelles est important : les méningites bactériennes sont la principale cause de perte auditive chez le nourrisson. Chez l'enfant plus âgé et l'adulte, une hypoacousie est retrouvée chez respectivement 5 et 35 % des patients 1 an après une méningite bactérienne (4 % ayant une perte bilatérale sévère).

Le dépistage d'éventuels troubles auditifs par l'examen clinique est capital 1 mois après l'épisode, complété si besoin par un audiogramme.

Chez l'enfant, il faut poursuivre cette surveillance (test de la perception de la voix chuchotée) tous les 3 mois jusqu'à 1 an, notamment en cas de méningite à pneumocoque. Toute anomalie impose un avis spécialisé auprès d'un otorhinolaryngologiste. Les modalités de suivi de l'audition chez l'adulte sont moins clairement définies. Une étude observationnelle multicentrique française (COMBAT) est en cours et devrait permettre de répondre à cette question.

Enfin, des atteintes neuropsychologiques sont également possibles. Ainsi, selon certains travaux, un déficit cognitif après une méningite à pneumocoque peut toucher jusqu'à 13 % des enfants. Chez l'adulte, des troubles de mémorisation concerneraient jusqu'à 30 % des patients rescapés d'une méningite bactérienne.

MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE

Outre les tuberculoses neuroméningées (très rares), la listériose neuroméningée et la méningite à méningocoque doivent être déclarées auprès des autorités sanitaires.

Le signalement de la listériose à l'agence régionale de santé est le point de départ de l'enquête sanitaire visant à detecter l'origine de l'infection et donc éviter des cas supplémentaires.

Pour les infections invasives à méningocoque, la déclaration doit être faite par le service hospitalier ayant accueilli le patient, le plus vite possible. L'objectif est d'identifier les « cas contacts » nécessitant une antibioprophylaxie.[5] En effet, cette dernière doit être mise en place rapidement car le risque de développer une méningite est majeur dans les 4 jours qui suivent le contage et disparaît au-delà de 10 jours. Mais quels sujets traiter ?

Les proches des malades sont souvent angoissés, en raison de la gravité de cette pathologie. Le médecin doit d'abord rassurer les personnes qui ne sont pas à risque. Les cas secondaires sont en réalité très rares. Ainsi, prescrire une antibioprophylaxie à tout l'entourage sans chercher à identifier les sujets réellement exposés n'est pas légitime : cette pratique expose inutilement une partie des proches à de possibles effets secondaires et favorise l'apparition de bactéries résistantes.

La définition de « cas contact » a été clairement précisée dans la circulaire de la Direction générale de la santé de 2011, accessible en ligne :[5]

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

« sujet exposé directement aux sécrétions naso-pharyngées du malade dans les 10 jours précédant l'hospitalisation ». En effet, la transmission a lieu lors de contacts étroits (moins de 1 mètre), uniquement en face-à-face, et prolongés (plus de 1 heure ; sauf en cas de « bouche à bouche » où la durée importe peu).

La rifampicine est préconisée en première intention, à la dose de 600 mg x 2/j pendant 48 heures. Des alternatives sont possibles en cas d'intolérance ou de contre-indications (tableau 2). Attention aux interactions médicamenteuses (responsables d'une réduction d'efficacité de nombreuses molécules dont les antivitamines K et la contraception orale). On recommande donc une contraception mécanique pendant les 48 heures de traitement et la semaine qui suit. Il convient également d'avertir les patients de la coloration orangée des sécrétions, notamment les urines et les larmes (coloration définitive des lentilles de contact).

Une vaccination antiméningococcique post-exposition (tableau 3) est parfois justifiée lorsque la bactérie impliquée appartient aux sérogroupes A, C, Y ou W135. D'une manière générale, elle est proposée (même si le malade est décédé) aux sujets contacts qui se trouvent de façon régulière et répétée dans son entourage proche (c'est-à-dire sa communauté de vie : la famille et les personnes vivant sous le même toit ainsi que les amis, les voisins de classe, etc.). La vaccination doit être réalisée au plus tard dans les 10 jours après le dernier contact avec le cas index. Le vaccin contre le méningocoque B n'est pas recommandé dans cette indication en raison d'un ratio bénéfice-risque incertain. En dehors du méningocoque, aucune antibioprophylaxie ou vaccination post-exposition n'est indiquée après contact avec un patient atteint de méningite bactérienne.

PROPHYLAXIE PRIMAIRE[6]

Certaines personnes ont un risque accru d'infection :

- **par le méningocoque :**
  - patients avec déficit en fraction terminale du complément ou en properdine ;
  - traités par l'anti-C5A éculizumab (Soliris indiqué dans l'hémoglobinurie paroxystique nocturne et le SHU atypique) ;
  - aspléniques ;
  - ayant reçu une greffe de CSH ;
- **par le pneumocoque :**
  - patients avec une brèche dure-mérienne active ou ancienne et, par extension, des antécédents de traumatisme crânien grave ;
  - porteurs d'implants cochléaires ;
  - à risque d'infection invasive : asplénie, drépanocytose homozygote, syndrome néphrotique, insuffisance respiratoire ou cardiaque, hépatopathie chronique (chez un patient alcoolique), antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque ;
- **par *Listeria monocytogenes* :**
  - immunodéprimés ;
  - âges extrêmes.

Le méningocoque de type C (le deuxième en termes de fréquence en France dans cette famille de pathogènes) a une incidence qui semble augmenter et une virulence probablement plus élevée que celle du sérotype B. Vacciner les enfants de moins de 2 ans est donc fortement recommandé. Lorsqu'il est conjugué, le vaccin permet non seulement de protéger le sujet contre la maladie mais également de supprimer le portage pharyngé et donc d'interrompre la chaîne de transmission. Il est également important de protéger les personnes à risque citées ci-dessus par une vaccination quadrivalente conjuguée (tableau 3) et antiméningococcique B (Bexsero), en sachant que la durée de réponse et les modalités de rappel de ce dernier ne sont pas connues pour l'instant.

Le vaccin conjugué à 13 valences, Prevenar 13, a prouvé son efficacité sur la diminution de l'incidence des infections invasives à pneumocoque et notamment des méningites de l'enfant. Il a aussi induit une réduction des hospitalisations des personnes de plus de 65 ans pour des pneumopathies à pneumocoque grâce à une baisse du portage et de la transmission de la bactérie. Ce vaccin est particulièrement indiqué chez l'enfant de moins de 2 ans (1 dose à 2 et 4 mois + rappel à 11 mois).

Pour les personnes à risque listées plus haut, et n'ayant jamais été vaccinées contre le pneumocoque, il est préférable d'administrer d'abord 1 dose de vaccin conjugué Prevenar 13 puis, 2 mois plus tard, 1 dose vaccin non conjugué Pneumo 23.

Enfin, les méningites à H. influenzæ b ont quasiment disparu grâce à la vaccination systématique des enfants, qu'il convient bien évidemment de poursuivre. Schéma recommandé : à 2 et 4 mois + rappel à 11 mois, en combinaison avec les vaccins DTPCa-hépatite B (hexavalents). Il n'y a pas de vaccin disponible contre *Listeria.* ●

RÉFÉRENCES

1. Société de pathologie infectieuses de langue française. Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires (à l'exclusion du nouveau-né). Med Mal Infect 2009;39:356-67.

2. Lévy C, Varon E, Taka MK, et al. Change in French bacterial meningitis in children resulting from vaccination. Arch Ped 2014;21:736-44.

3. van de Beek D, Brouwer MC, Thwaites GE, Tunkel AR. Advances in treatment of bacterial meningitis. Lancet 2012;380:1693-702.

4. DGS. Guide pratique sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'infection invasive à méningocoque. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cir_38936.pdf

5. Instruction n° DGS/RI1/DUS/2014/301 du 24 octobre 2014 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cir_38936.pdf

6. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf

M. Revest déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour Astellas et Novartis.

P. Fillâtre déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

P. Tattevin déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour Astellas, AstraZeneca, Aventis, Bristol-Myers Squibb, Galderma, Gilead Sciences, Janssen-Cilag, MSD, Novartis, Pfizer, The Medicines Company et ViiV-Healthcare, et avoir été pris en charge à l'occasion de congrès par Astellas, AstraZeneca, Aventis, Bristol-Myers Squibb, Gilead Sciences, Janssen-Cilag, MSD, Novartis, Pfizer et ViiV-Healthcare.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE



Par **Yves-Marie Vincent,**
interne de médecine générale à Bordeaux,
chargé de mission statut de l'interne à l'ISNAR-IMG.
publication@isnar-img.com – www.isnar-img.com

Plates-formes d'appui aux professionnels de santé

L'article L1431-2 du Code de la santé publique,[1] issu de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST, adoptée en 2009), impose aux agences régionales de santé (ARS) de ***« mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé »***.**[2]**
À l'issue d'une concertation à laquelle l'ISNAR-IMG a participé, 26 plates-formes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) ont été mises en place le 1er juillet 2011, sous la responsabilité des ARS.

À quoi servent-elles ?

Leur objectif principal est de rendre lisible et cohérente l'offre de santé au niveau régional. Tous les professionnels sont concernés (médicaux, pharmaceutiques ou paramédicaux), qu'ils soient déjà installés dans la région ou désireux de l'être.
Elles sont un outil de référence permettant de faciliter les recherches de services, de coordonnées ou d'interlocuteurs pour les soignants. Il s'agit du guichet unique évoqué dès les états généraux de l'organisation de la santé qui se sont tenus en 2008.
Selon le ministère de la Santé, trois de leurs missions d'information sont déjà opérationnelles : la formation, l'aide à l'installation et l'accompagnement des professionnels de santé autour de projets d'exercice coordonné.

Comment y accéder ?

Chaque région met à disposition un site Internet dont l'adresse générique adopte le modèle suivant : nomdela-région.paps.sante.fr. La présentation générale est similaire, seuls quelques détails varient : organisation des rubriques, gestion des mises à jour…
Le site fournit des informations diverses auxquelles on accède par arborescence, avec des liens vers différentes ressources (Ordre des médecins, union régionale des professionnels de santé, syndicats…).
Parmi les différents outils proposés, on retiendra le module « c@rtosanté » qui offre une vision de la démographie médicale de la région par canton au moyen d'une carte interactive. Un élément précieux pour les médecins généralistes en quête d'installation.

Quelles sont leurs limites ?

Ces PAPS de première génération en ont plusieurs. Si l'idée d'une plate-forme commune pour aiguiller les différents acteurs de la santé est séduisante, encore faut-il que ces derniers soient informés de son existence. Ce manque de visibilité limite leur utilisation. Les informations sont nombreuses et il est parfois difficile de s'orienter efficacement. Cela est d'autant plus difficile que le chemin pour accéder à une information varie d'un site régional à l'autre. Enfin, la construction de certains d'entre eux n'est toujours pas achevée.

Quel avenir pour ce projet ?

Conscient de ces problèmes, le ministère travaille à l'amélioration et à la modernisation de ces plates-formes. En concertation avec les différents acteurs de la santé, il déterminera les éléments-clés qui permettront à cet instrument de remplir au mieux ses objectifs. Les premières plates-formes d'appui aux professionnels de santé de deuxième génération sont attendues prochainement : affaire à suivre ! ●

1. http://www.legifrance.gouv.fr. Rubrique Les codes en vigueur.
2. http://www.sante.gouv.fr/les-plates-formes-d-appui-aux-professionnels-de-sante-paps.html

SAVE THE DATE
ISNAR-IMG
5 et 6 février 2016
17ème Congrès national
des internes de médecine générale
à Strasbourg

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Évaluer la fonction rénale

Par **Fidéline Serrano, Emmanuelle Vidal-Petiot, Martin Flamant,** service de physiologie, explorations fonctionnelles, hôpital Bichat, AP-HP, 75018 Paris. **martin.flamant@aphp.fr**

Débit de filtration glomérulaire : meilleur marqueur quantitatif (diminue parallèlement à la perte de néphrons fonctionnels) ; permet de classer la MRC en 5 stades de sévérité (tableau).

Évaluation du DFG

Mesure par clairance de traceurs exogènes

Méthode de référence, réalisée en structure spécialisée hospitalière (examen long et coûteux).

Indications particulières :

– nécessité absolue d'une évaluation très précise (*p. ex.* : avant néphrectomie pour don de rein) ;
– forte imprécision des formules d'estimation dérivées de la créatinine (patients dont la masse musculaire est très différente de celle de la population de même sexe et même âge, comme les sportifs de haut niveau ou les sujets très maigres) ;
– situations combinant partiellement ces 2 facteurs.

Méthode :

– après injection d'une substance « idéale » (librement filtrée par le glomérule, non sécrétée, non réabsorbée et non métabolisée dans le tubule), calcul de sa clairance urinaire : U x V/P (concentration urinaire de la substance x débit urinaire/concentration plasmatique de la substance) ;
– traceurs utilisés : inuline, 51Cr-EDTA, iohexol...

Estimation à partir de la créatinine

– produit du métabolisme de la créatine musculaire ;
– librement filtrée par le rein ;
– concentration circulante inversement corrélée au DFG : permet le diagnostic des variations aiguës de DFG, mais non utilisable pour le diagnostic et le suivi de la MRC, car varie avec la masse musculaire ;
– clairance urinaire de la créatinine : n'est plus recommandée (surestimation du DFG liée à une sécrétion tubulaire).

Dosage de la créatininémie :

– méthode colorimétrique (picrate de Jaffé) : la plus répandue, mais manque de spécificité ;
– méthode enzymatique : recommandée par la HAS, plus spécifique mais coûteuse ;
– dans tous les cas, standardisation à partir des résultats obtenus par méthode spectrométrique : garantit reproductibilité entre automates.

En pratique clinique, formules d'estimation dérivées de la créatininémie intégrant les déterminants de la masse musculaire (âge, sexe, ethnie ± poids), utilisées chez les adultes :

• **Cockcroft et Gault :** la plus ancienne, établie par comparaison à la clairance urinaire de la créatinine ; résultat exprimé en mL/min. Variables : âge, sexe, poids et créatininémie. Elle n'est plus recommandée (problématique de l'adaptation posologique non résolue).

• **MDRD :** établie dans une large population de patients atteints de MRC stade 2 à 5, par rapport à une mesure du DFG ; résultat exprimé en mL/min/1,73 m². Limite : IMC bas. Facteur ethnique non approprié à la population européenne. Variables : âge, sexe, ethnie, créatininémie.

• **CKD-EPI :** la plus récente, à partir d'une large population de sujets tous stades, par comparaison à une mesure du DFG, avec une créatinine enzymatique ; résultat exprimé en mL/min/1,73 m². Limite : IMC bas. Facteur ethnique non approprié à la population européenne. Variables : âge, sexe, ethnie, créatininémie. Formule la plus précise sur l'ensemble du spectre de DFG => en 1re intention selon la HAS (2011).

Calculateurs disponibles sur http://bit.ly/1RjXtxD

Stade	Description	DFG (mL/min/1,73 m²)
1	Maladie rénale sans IR	> 90*
2	Maladie rénale avec IR légère	60-90*
3	IR modérée	30-60
4	IR sévère	15-30
5	IR terminale	< 15

IR : insuffisance rénale. **MRC uniquement si d'autres arguments : anomalie morphologique, du sédiment urinaire, protéinurie, signes tubulaires, rein unique…*

Estimation à partir de la cystatinémie C

Marqueur endogène de fonction rénale, récemment proposé, dont la concentration circulante est inversement corrélée au DFG. Clairance urinaire non utilisable.

Inclus dans des formules soit seul, soit en association avec la créatininémie.

Performances peu différentes de celles de la créatininémie en population générale.

Intérêt surtout en 2e intention chez les sujets pour qui le marqueur créatinine est attendu imprécis.

***Pour en savoir plus :** voir "Évaluer la fonction rénale" des mêmes auteurs sur : www.larevuedupraticien.fr*

F. Serrano déclare n'avoir aucun lien d'intérêts, E. Vidal-Petiot déclare avoir été prise en charge lors de congrès par St Jude Medical et Servier, M. Flamant n'a pas transmis de déclaration de lien d'intérêts.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Greffe d'îlots pancréatiques

Bien que l'insulinothérapie ait révolutionné la prise en charge du diabète de type 1, certains patients ne sont pas contrôlés malgré un traitement intensif. De plus, les malades sont parfois confrontés à une instabilité glycémique majeure avec décompensations acido-cétosiques et/ou hypoglycémies sévères/comas hypoglycémiques itératifs impactant leur qualité de vie et compromettant leur pronostic vital à court ou moyen terme. Même si les raisons de ce déséquilibre peuvent être identifiables (causes psychosociales, mauvaise observance, défaut d'éducation...), leur prise en charge reste difficile.

Dans ces situations où l'insulinothérapie sous-cutanée intensive atteint ses limites, l'insulinothérapie biologique « endogène » trouve tout son intérêt.

Technique et indications

La transplantation d'îlots de Langerhans a été réalisée chez près de 700 patients dans le monde. En France, l'offre repose sur 2 structures : le réseau Lille G4 (CHU de Lille, qui détient son laboratoire d'isolement d'îlots, Amiens, Caen, Rouen, Reims) et le réseau GRAGIL (CHU de Grenoble, Lyon, Strasbourg, Besançon, Dijon, Nancy, Montpellier, Nantes et Clermont-Ferrand), qui s'organise autour de 2 laboratoires d'isolement d'îlots (Genève et Saint-Ismier [Isère]). Le groupe de Paris-AP-HP Saint-Louis a récemment démarré un programme clinique.

En pratique, le pancréas est prélevé chez un donneur multi-organes[1] et transporté ensuite vers le laboratoire d'isolement, où il est soumis à une digestion enzymatique et mécanique. Le digestat est purifié par centrifugation en gradient de densité, afin de séparer les îlots du reste du pancréas exocrine. Le greffon ainsi obtenu est transplanté par infusion directe dans la veine porte du receveur, par voie percutanée, sous contrôle échographique. Les îlots s'arrêtent à cause de leur taille (de 50 à 500 µm) au niveau du parenchyme hépatique. La morbidité liée à la procédure est faible avec un taux d'hémorragie péritonéale entre 3 à 10 % selon les séries et 2 % de thromboses de la veine porte. La mortalité associée est quasi nulle.

Peuvent en bénéficier les patients diabétiques de type 1 :

– candidats à une transplantation rénale, lorsque la greffe de pancréas (organe) est contre-indiquée ou refusée par le patient ;
– ayant une forte labilité glycémique, malgré une prise en charge spécialisée et le recours aux outils thérapeutiques les plus récents (pompe sous-cutanée couplée aux capteurs de glucose interstitiel), et lorsque les événements métaboliques aigus (hyperglycémies ou hypoglycémies sévères) impactent considérablement la qualité de vie et/ou mettent en jeu le pronostic vital à court ou moyen terme.

Résultats

Au niveau métabolique, la transplantation d'îlots restaure une stabilité glycémique, prévient les hypoglycémies sévères chez 90 % des patients et maintient une HbA1c < 6,5 % chez 65 % des sujets. Avec les protocoles les plus récents, une insulino-indépendance est obtenue chez 44 % des receveurs à 3 ans (*vs* 27 % sur la période 1999-2000) et 90 % des transplantés conservent un greffon d'îlots fonctionnel à 5 ans.[2] Les patients sont insulino-indépendants pendant 18 mois en moyenne. Chez ceux qui restent insulinodépendants avec un greffon fonctionnel, les doses journalières d'insuline sont réduites de moitié. Enfin, les scores de qualité sont significativement améliorés.[3]

Les critères évaluant le succès de cette transplantation ne font pas consensus. Si l'on prend en compte le seul critère de l'obtention de l'insulino-indépendance, elle est jugée par un certain nombre d'équipes encore décevante. Selon d'autres, l'objectif premier ne serait pas le sevrage de l'insulinothérapie exogène mais la restauration d'une stabilité glycémique garantissant une qualité de vie acceptable pour le patient et sa survie à court et moyen terme. Ces objectifs étant largement atteints, on peut considérer la greffe comme efficace chez près de 90 % des sujets.

Limites et perspectives

Une barrière majeure au plein essor de cette technique est liée à la source des îlots. Le pancréas est un des organes les moins prélevés lors des prélèvements multi-organes (disponibilité des équipes chirurgicales formées au prélèvement pancréatique) et la procédure d'isolement d'îlots, même si elle s'est améliorée, a un faible rendement, un coût de production élevé et manque d'une véritable standardisation. Pour contourner ces limites, la recherche est désormais tournée vers des sources alternatives, telles que les îlots porcins, les cellules souches pluripotentes ou les progéniteurs pancréatiques.

Les immunosuppresseurs, indispensables à la greffe d'îlots, sont limitants, car ils ont des effets indésirables lourds à long terme (infections, néoplasies). De plus, ils peuvent exercer une toxicité propre sur le greffon et être insuffisants pour prévenir le rejet.

Des techniques de macro- ou micro-encapsulation sont en cours d'étude : elles visent à confiner le greffon d'îlots au sein d'une chambre composée de matériaux biocompatibles (alginate, polyéthylène glycol),[4] imperméable aux anticorps et aux agents du système immunitaire. Les cellules souches mésenchymateuses suscitent un intérêt grandissant en raison de leurs capacités immunosuppressives, et pourraient être utilisées dans les années à venir.

À l'heure actuelle, la transplantation d'îlots n'est accessible en France que *via* des protocoles de recherche clinique. ●

RÉFÉRENCES

1. de Kort H, et al. Islet transplantation in type 1 diabetes. BMJ 2011;342: d217.
2. Barton FB, et al. Improvement in outcomes of clinical islet transplantation: 1999-2010. Diabetes Care 2012;35:1436-45.
3. Benhamou PY, et al. Quality of life after islet transplantation: data from the GRAGIL 1 and 2 trials. Diabet Med 2009;26:617-21.
4. Dolgin E. Encapsulate this. Nat Med 2014;20:9-11.

* Clinique d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, CHU, 38043 Grenoble.
SLablanche@chu-grenoble.fr

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Par Nicolas Lellouche*

Fibrillation atriale : quand occlure l'auricule gauche ?

Surtout chez les patients à haut risque emboligène ayant une contre-indication aux anticoagulants.

La fibrillation atriale (FA), trouble du rythme cardiaque le plus fréquent, augmente le risque de morbidité et de mortalité cardiovasculaire de manière significative. Une des complications les plus redoutables est la survenue d'un accident vasculaire cérébral (AVC). On estime que 20 % des AVC lui sont imputables. Les patients souffrant de FA et à haut risque thrombo-embolique doivent être traités par une anticoagulation orale. Cependant, on estime que 15 % d'entre eux ont une contre-indication aux anticoagulants oraux.

TABLEAU VALEUR PRÉDICTIVE DU SCORE CHA_2DS_2-VASc

Facteurs de risque	Points	Score	RR (%/an)
C Insuffisance cardiaque/dysfonction VG	1	0	0
H HTA	1	1	1,3
A Âge > 75 ans	2	2	2,2
D Diabète	1	3	3,2
S AVC/AIT/événement embolique	2	4	4
V Pathologie vasculaire	1	5	6,7
A Âge 65-74 ans	1	6	9,8
Sc Sexe féminin (*sex category*)	1	7	9,6
Total		**8-9**	**15,2**

Traitement anticoagulant au cours de la FA

Le risque thrombo-embolique est évalué par le score de CHA_2DS_2VASc qui guide l'indication d'un anticoagulant au long cours (tableau).

S'il est de 0, aucun traitement n'est nécessaire ; ⩾ 2, un anticoagulant est recommandé. S'il est à 1, un antiagrégant ou un anticoagulant (avec une préférence pour ce dernier) est préconisé.[1] Les antiagrégants ont une place limitée dans la prévention thrombo-embolique de la FA. En effet, ils diminuent faiblement le risque thrombo-embolique (de l'ordre de 20 % par rapport au placebo), alors qu'il semble que leur risque hémorragique soit similaire à celui des nouveaux anticoagulants oraux (NACO), au moins à l'apixaban.[2]

Pour estimer le risque hémorragique avant prescription d'un anticoagulant, on utilise le score d'HAS-BLED. S'il est ⩾ 3, le risque hémorragique augmente de manière importante (3,8 % par an). Cependant, ce score n'interfère pas dans la décision initiale de mettre un patient sous anticoagulants, il sert à déterminer un niveau de surveillance qui doit être accru. Il est utilisé, par exemple, pour diminuer les durées de l'association anticoagulant + antiagrégant (aspirine et Plavix) chez les patients ayant en plus de la FA, une cardiopathie ischémique nécessitant une double antiagrégation.

Comparativement aux AVK, les NACO diminuent de manière significative le risque d'hémorragie intracrânienne de l'ordre de 60 % mais le dabigatran et le rivaroxaban augmentent aussi le risque de saignement digestif.

Par conséquent, les risques thrombotique et hémorragique persistent même avec ces nouveaux médicaments.

En cas de contre-indication aux anticoagulants chez des patients à haut risque thrombo-embolique, on peut aujourd'hui discuter de l'implantation d'une prothèse par voie percutanée qui occlut mécaniquement l'auricule gauche, localisation de 90 % des thrombi au cours de la FA.

Technique d'implantation et complications

Deux types de prothèses sont actuellement disponibles, la technique d'implantation étant identique (figure).

La procédure débute par une ponction veineuse fémorale puis transseptale pour arriver dans l'oreillette gauche. Le monitoring échocardiographique (échographie transœsophagienne le plus souvent) permet de mesurer la taille de l'auricule gauche et de choisir une prothèse spécifique et adaptée. Celle de type Amplatzer (St Jude Medical) est positionnée à l'entrée de l'auricule gauche, celle dite Watchman (Boston Scientific) au fond de l'auricule. Une injection d'héparine est faite pendant la procédure.

Deux complications principales :

– la tamponnade, qui peut être causée soit par une ponction transseptale traumatique soit par une lésion de l'auricule gauche au cours du positionnement de la prothèse. Elle survient pendant la procédure ou en postopératoire immédiat (dans les 48 heures le plus souvent) ;

– l'accident vasculaire cérébral, parfois pendant le geste. Dans ce cas, il peut s'agir d'un embole gazeux pendant la manipulation des cathéters, ou cruorique notamment au niveau de la gaine transseptale ou de la prothèse, ou hémorragique du fait de l'administration d'héparine per-procédure.

Cependant, il peut aussi survenir dans les jours ou les mois suivant l'implantation.

* Service de cardiologie, rythmologie, hôpital Henri-Mondor, 94010 Créteil Cedex.
nicolas.lellouche@hmn.aphp.fr

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

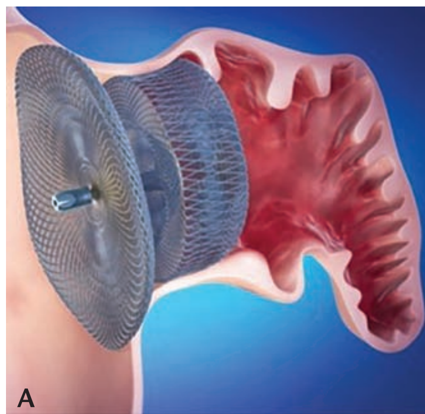
L'ESSENTIEL

- ➜ **Pour la prévention thrombo-embolique au cours de la fibrillation atriale à haut risque emboligène,** la référence est le traitement anticoagulant oral.
- ➜ **La fermeture percutanée d'auricule gauche est une nouvelle technique** dont l'indication actuellement reconnue est la contre-indication aux anticoagulants oraux.
- ➜ **Deux complications majeures :** AVC et tamponnade.
- ➜ **Elle doit être réalisée dans un centre spécialisé** et le patient implanté doit faire l'objet d'un suivi cardiologique régulier.
- ➜ **Si l'intérêt de cette thérapeutique est confirmé,** de nouvelles indications émergeront dans les années qui viennent.

En effet, un thrombus peut se former sur la prothèse elle-même à distance du geste, durant sa phase d'endothélialisation. Le taux d'AVC post-procédure est de l'ordre de 1,5 %, celui de tamponnade d'environ 4 % et le taux global de complications est de 8 %. Il diminue de manière significative avec l'expérience du centre et de l'opérateur.
La désinsertion de prothèse est extrêmement rare (0,3 %).

Indications à la fermeture de l'auricule gauche

Les études validant ce concept ont été menées chez des patients en alternative aux AVK, donc n'ayant pas de contre-indication à ces anticoagulants.[3] De ce fait, les indications des recommandations européennes récentes sont assez larges.[4] En plus des patients ayant une contre-indication au traitement anticoagulant prolongé, seraient éligibles ceux refusant ces médicaments malgré une information adéquate, les malades à haut risque hémorragique nécessitant une association avec un antiagrégant plaquettaire ou ceux ayant une insuffisance rénale. Cependant, il semble plus logique, compte tenu du faible niveau de données scientifiques notamment à long terme, de réserver cette implantation aux patients ayant une contre-indication aux anticoagulants oraux. Par ailleurs, les prothèses ne sont toujours pas remboursées par la Sécurité sociale (elles devraient l'être au cours de cette année) restreignant encore plus les indications.
Dans le futur (possiblement proche), si les études cliniques confirment leur intérêt en termes de protection contre l'embolie artérielle, il est possible d'imaginer que les indications pourraient s'étendre aux patients :
- à haut risque hémorragique nécessitant une association avec un antiagrégant plaquettaire du fait d'une cardiopathie ischémique associée ;
- ayant une récidive embolique sous traitement anticoagulant bien conduit ;
- subissant une ablation de FA du fait de la nécessité d'abord de l'oreillette gauche par voie transseptale pour cette intervention ;
- ou à l'extrême en remplacement des anticoagulants oraux ?



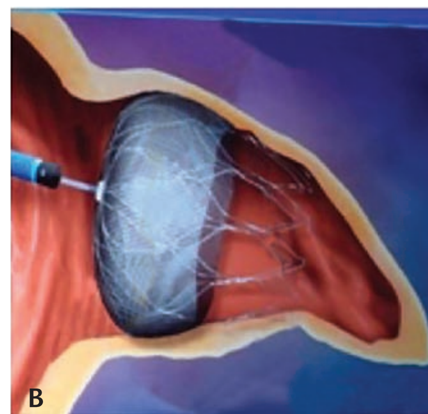


Figure – Deux types de prothèses actuellement disponibles pour la fermeture percutanée d'auricule gauche. A : prothèse Amplatzer (St Jude Medical). B : prothèse Watchmann (Boston Scientific).

Suivi après implantation

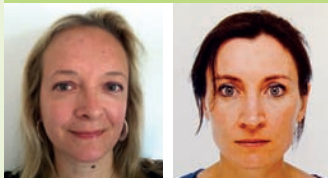
Une fois la prothèse implantée, le suivi cardiologique rapproché est effectué dans un centre spécialisé. Il comprend un examen clinique à la recherche de complications thrombotique et hémorragique.
Par ailleurs, un scanner cardiaque et éventuellement une échocardiographie transœsophagienne semblent nécessaires au moins entre 1 et 3 mois post-procédure puis 2 à 3 fois dans l'année suivant l'implantation.
Dans environ 40 % des cas, une fuite intraprothétique légère est présente à 3 mois après contrôle. Cependant, elle ne semble pas associée à un surrisque d'accident thrombo-embolique.
Après l'implantation, il est recommandé de poursuivre les AVK durant 6 semaines (en attendant l'endothélialisation de la prothèse). Cependant, chez les patients ayant une contre-indication aux anticoagulants, la bithérapie aspirine + clopidogrel (Plavix) est préconisée pendant 6 mois si possible. Ensuite l'aspirine seule au long cours est préférable. La poursuite de ces traitements est à évaluer au cas par cas avec le patient et parfois il est possible d'interrompre antiagrégant et/ou anticoagulant. Enfin, l'effet des NACO n'est pas connu après une fermeture d'auricule gauche percutanée. ●

RÉFÉRENCES

1. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J 2012;33:2719-47.
2. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, et al.; ARISTOTLE Committees and Investigators. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2011;365:981-92.
3. Holmes DR, Reddy VY, Turi ZG, et al; PROTECT AF Investigators. Percutaneous closure of the left atrial appendage versus warfarin therapy for prevention of stroke in patients with atrial fibrillation: a randomised non-inferiority trial. Lancet 2009;374:534-42.
4. Meier B, Blaauw Y, Khattab AA, et al.; Document Reviewers. EHRA/EAPCI expert consensus statement on catheter-based left atrial appendage occlusion. Europace 2014;16:1397-416.

L'auteur déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour St Jude Medical et Boston Scientific.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE



Par **Lydie Dulou, Anne-Sophie de Saint Léger,**
EHPAD Les Myosotis, 91160 Longjumeau.

Place du gériatre aux urgences

Aux urgences, 10 à 20 % des consultants sont des sujets âgés.

La prise en charge d'un patient âgé aux urgences soulève de nombreux défis. En effet, il s'agit le plus souvent de débrouiller une situation complexe : motif d'admission officiel ne reflétant pas toujours la réalité, déstabilisation de pathologies associées, jusque-là plus ou moins équilibrées, entraînant une perte d'autonomie, et survenant dans un climat social parfois défavorable (isolement).

Prendre en charge une personne de façon globale – et pas seulement un organe malade – nécessite du temps, de l'expertise et un intérêt certain pour cette population. L'introduction d'une équipe de gériatrie (gériatre, infirmier, parfois assistant social) au sein des départements d'urgence répond au besoin d'évaluation du patient âgé, qui concerne, outre ses pathologies, ses capacités psychiques, sensorielles, mnésiques, d'autonomie, et l'existence d'un accompagnement. Le but est naturellement de diminuer la morbi-mortalité, de rendre pertinentes les hospitalisations dans la filière de soins adaptée et de prévenir les complications dans cette population fragile.

Profil du sujet âgé aux urgences

Selon une étude multinationale, le profil du patient est le suivant : âge moyen de 83 ans, un peu plus de 40 % sont des hommes. Quarante pour cent vivent seuls, 7 % viennent d'une institution, 36 % sont déjà passés par les urgences dans les 3 derniers mois et 28 % ont déjà été hospitalisés durant cette période.[1] Il existe une aggravation des capacités fonctionnelles et cognitives (48 % des patients ont une altération préexistante et 78 % au moment de l'admission). Un tiers des sujets a fait une chute et 21 % ont maigri durant les 3 mois précédant l'admission. Les destinations de sortie principales sont : unités de soins aigus (60 %), puis services de soins de suite et réadaptation, soins palliatifs. Moins de 30 % retournent à domicile.

Ce profil illustre la fragilité de ces patients, déjà dépendants pour certains, ou à risque de le devenir à la moindre circonstance déclenchante pour d'autres, avec dégradation de l'autonomie préexistante et des fonctions cognitives (consécutive ou associée à un problème médical aigu donné). Ces variables ont été identifiées comme facteurs influençant la mortalité à moyen terme. Il faut ainsi recueillir tout élément de comorbidité ou autres symptômes gériatriques : dénutrition, démence ou syndrome confusionnel, chutes ou troubles de la marche…

Modèle de Bouchon

Ainsi, la démarche diagnostique doit s'affranchir du raisonnement courant qui veut que l'ensemble des symptômes témoignent d'une maladie unique, comme pour le sujet jeune.

Un schéma modélisant la décompensation fonctionnelle de la personne âgée a été proposé par J. P. Bouchon en 1984.[2] Ce raisonnement gériatrique, ou modèle « 1 + 2 + 3 de Bouchon » est efficace pour la plupart des situations cliniques en gériatrie (figure). Sur ce schéma, l'abscisse donne l'âge du patient. En ordonnée figure la fonction d'un organe : au maximum 100 % avec un seuil clinique d'insuffisance marquant la décompensation fonctionnelle (confusion, insuffisance cardiaque aiguë, chute…).

La courbe 1 montre l'effet du vieillissement sur la fonction de l'organe (vieillissement cardiaque, vasculaire, rénal, cérébral…). Isolé, il n'aboutit jamais en lui-même à la décompensation fonctionnelle.

La courbe 2 représente l'impact d'une maladie chronique qui vient se greffer sur les effets du vieillissement et altère la fonction de l'organe (coronaropathie, syndrome démentiel, HTA, ostéoporose…). L'affection chronique, si elle évolue, peut conduire au stade d'insuffisance. Cependant, le traitement et les adaptations de l'organisme peuvent maintenir une capacité fonctionnelle suffisante, quoique diminuée.

La courbe 3 signale le facteur aigu de décompensation : stress, iatrogénie, affection médicale aiguë (bronchopneumonie à l'origine d'un œdème pulmonaire aigu, alphabloquant pour un adénome prostatique provoquant une chute traumatisante au lever…). Ces affections intercurrentes demandent un effort supplémentaire à l'organisme qui n'a que peu de réserve fonctionnelle.

À ces problèmes médicaux en cascade s'associent parfois des complications d'ordre social (solitude, déstabilisation des aides à domicile ou en institution) rendant nécessaire une approche multidimensionnelle du patient âgé.

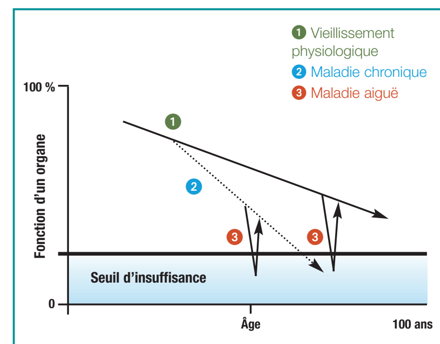


Figure – « 1 + 2 + 3 de Bouchon ».

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

L'ESSENTIEL

→ **Aux urgences comme en pratique courante,** la prise en charge d'un sujet âgé tient compte de l'autonomie et de l'environnement familial et social.

→ **Elle ne peut se concevoir sans l'établissement** d'un réseau de soins défini, permettant un parcours cohérent. Sont indispensables les structures d'accueil et un réseau d'assistance à domicile en aval capables de répondre aux besoins révélés par l'EGS.

Identifier la fragilité aux urgences

Tous les sujets âgés ne relèvent pas systématiquement de la filière gériatrique. La première étape est le dépistage des patients fragiles. ISAR (*Identification of Senior At Risk*, encadré) est un score de dépistage rapide qui peut être réalisé par l'équipe d'urgentistes. D'autres outils de repérage sont également disponibles, parmi lesquels la grille SEGA-A (sommaire évaluation du profil gériatrique à l'admission) ou plus récemment le *Silver Code*. Une fois identifiés, les patients peuvent ensuite bénéficier d'une expertise gériatrique.

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) associe données cliniques, paracliniques, évaluation des fonctions cognitives, de l'état thymique, nutritionnel, de l'autonomie, la douleur et des conditions de vie (familiales, sociales, économique, tableau). Elle aboutit à la mise en place d'un plan de soins médico-sociaux adapté, individualisé, prenant en compte la pathologie principale décompensée et les comorbidités déséquilibrées, afin d'en limiter les conséquences.

L'interdisciplinarité induite par l'EGS permet une baisse significative des réadmissions aux services d'urgences, de la mortalité, de la durée moyenne de séjour, et une amélioration de la qualité de vie.[3] Cependant, elle prend du temps, et l'utilisation de certaines échelles n'a d'intérêt qu'au sein d'un suivi de l'évolution du patient âgé.

En pratique

Tous les services d'urgences ne sont pas dotés d'un gériatre ou d'une équipe mobile gériatrique, et l'EGS n'est pas non plus adaptée à la situation du sujet âgé aux urgences : elle est chronophage, multidisciplinaire, et les échelles proposées peuvent être faussées par le stress ou le manque d'information globale ou de participation du patient.

Score ISAR de dépistage

1. Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide à domicile ?
2. Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile que d'habitude ?
3. Avez-vous été hospitalisé pour un ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?
4. Souffrez-vous de problèmes de vue ?
5. Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
6. Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?

Chaque oui vaut **1 point.** Dépistage positif si score total ⩾ 2/6

Ainsi certains se penchent sur des évaluations plus ciblées comme le *Brief Geriatric Assessment*, fondé sur 6 critères de risque d'une hospitalisation prolongée, justifiant une prise en charge gériatrique précoce : âge ≥ 85 ans, sexe masculin, polymédication, détérioration cognitive, chutes des 6 derniers mois, besoin d'aides à domicile.[4]

L'examen clinique doit être le plus exhaustif possible compte tenu des polypathologies intriquées ou sous-jacentes et de leur présentation trompeuse ou fruste qui peut aisément induire un retard à l'urgence. Les antécédents et le traitement complet en cours sont à vérifier auprès des aidants à domicile et du médecin traitant.

L'appréciation de l'autonomie est fondamentale :

- mode de vie habituel : recueil des informations directement auprès du patient sinon par son entourage et son médecin traitant ;
- capacités et limites vis-à-vis des actes du quotidien : ADL et IADL 4 items, continence ;
- besoin d'aide et moyens instaurés : identifier les aidants principaux, l'existence d'une APA (aide personnalisée à l'autonomie), d'un lien avec le CCAS (centre communal d'action sociale) ou le CLIC (centre local d'information et de coordination) municipal ;
- marche avec ou sans aide mécanique et chutes préalables : si son état le permet, le patient est invité à se lever et à déambuler simplement. On vérifie ainsi son équilibre et sa coordination.

Le besoin de réadaptation est à identifier pour optimiser le plan de soins.

Des troubles cognitifs ou une dépression doivent être dépistés par l'interrogatoire de l'entourage et du médecin traitant : les tests ne sont pas adaptés aux urgences ou aux unités d'hospitalisation de courte durée car ils sous-estimeraient les réelles capacités (hors stress) du patient. En revanche, la CAM (qui recherche 9 signes cliniques) peut identifier une confusion.

On précise l'état nutritionnel : évolution récente du poids et de l'appétit, et on recherche une douleur, souvent banalisée : toute modification de type ou de mode et tout changement de traitement est utile à connaître.

L'épuisement de l'aidant principal est important à identifier précocement pour optimiser la prise en charge globale à long terme. Le plan de soins individualisé est alors projeté dans la filière de soins adaptée. ●

RÉFÉRENCES

1. Gray LC, Peel NM, Costa AP, et al. Profiles of older patients in the emergency department: findings from the interRAI Multinational Emergency Department Study. Ann Emerg Med 2013;62:467-74.
2. Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? Rev Prat 1984;34: 888-92.
3. Conroy SP, Ansari K, Williams M, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'. Age Ageing 2014; 43:109-14.
4. Beauchet O, Launay CP, Fantino B, et al. Screening for elderly patients admitted to the emergency department requiring specialized geriatric care. J Emerg Med 2013; 45:739-45.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Creusé jusqu'à l'os



Christian, 62 ans, consulte pour une douleur vive apparue progressivement depuis 1 mois au niveau du pouce droit. Ce patient occupe un poste de manutentionnaire depuis 6 mois. La tablette a un aspect déchiqueté en son centre, ce qui laisse deviner le lit unguéal (fig. 1). La radiographie (fig. 2) montre une ostéolyse importante dans la zone anormale. Une biopsie est réalisée.

Diagnostic

Par **Pierre Frances**,
médecin généraliste,
66650 Banyuls-sur-Mer.
frances.pierre@wanadoo.fr
Lucy Algeo,
médecin généraliste,
Stanley Corner Medical Centre,
Wembley Midds, Angleterre.

Kérato-acanthome sous-unguéal

Cette tumeur très rare touche le plus souvent les hommes après 50 ans, surtout au niveau des 3 premiers rayons. Des traumatismes répétés pourraient être en cause.

Sa croissance est rapide. Une douleur intense, élective et parfois insomniante – d'abord intermittente, ensuite permanente – est caractéristique. En l'absence de prise en charge, la tuméfaction peut évoluer vers un nodule kératosique croûteux. Des lésions multiples sont décrites chez les patients immunodéprimés ou en cas d'*incontinentia pigmenti* (dysplasie ectodermique multisystémique rare héréditaire).

L'ostéolyse, le plus souvent bien circonscrite, est due à la compression exercée par la tumeur (fig. 2). À l'échographie : lésion d'échogénicité mixte. Son histologie est proche de celle des carcinomes épidermoïdes (des immunomarquages spécifiques permettent de les distinguer).

Des antalgiques sont préconisés à visée symptomatique mais le traitement est avant tout chirurgical, la régression spontanée étant exceptionnelle. Lors de la chirurgie, le curetage osseux réduit le risque de récidives (fréquentes entre le 1er et le 5e mois). Un suivi régulier est nécessaire. Chez ce patient, un comblement partiel de la plage d'ostéolyse a été observé 5 mois après l'excision (fig. 3). ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– Andre J, Richert B. Le kératocanthome sous-unguéal. Ann Dermatol Vénérol 2012;139:68-72.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Abracadabra !



Lors de l'examen d'un patient de 64 ans, nous remarquons l'absence totale d'ongle sur son 1er orteil. Il a cette anomalie depuis la chute d'une tenaille sur le pied, il y a 2 ans.

Diagnostic

Par **Pierre Frances,** médecin généraliste, 66650 Banyuls-sur-Mer
Frances.pierre@wanadoo.fr
Neil Matcalfe, médecin généraliste, programme Hippokrates, York, Royaume-Uni.
Caroline Passeron, interne en médecine générale, 34000 Montpellier.
Sarah Heymann, externe, 34000 Montpellier.

Anonychie

L'absence totale ou partielle d'ongle (hyponychie) peut concerner un ou plusieurs doigts. Elle entraîne souvent une modification du lit unguéal, qui devient squameux ou hyperkératosique.

Deux formes existent :

– **héréditaire** : elle est parfois liée à une anomalie dans le développement de l'os sous-jacent, responsable d'une hypoplasie phalangienne distale. Elle peut s'accompagner d'autres malformations comme dans le syndrome onychopatellaire ou ostéo-onychodysplasie héréditaire (ostéodystrophies, néphropathie, anomalies oculaires) ;

– **acquise** : due à une dermatose (lichen plan ou syndrome de Stevens-Johnson) ou à un traumatisme qui affecte la matrice. Certaines thérapeutiques peuvent également être en cause (rétinoïdes notamment), mais dans ce cas l'atteinte est transitoire, et la repousse unguéale est observée à l'arrêt des traitements.

À l'exception des formes iatrogènes, l'anonychie est une pathologie souvent définitive, pour laquelle aucune thérapeutique n'est disponible. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– Baran R, de Berker DAR, Holzberg M, Thomas L. Baran and Dawber's Diseases of the Nails and their Management. Hoboken, NJ: Wiley-Blakwell; 2012.

– Scher RK, Daniel CR. Onychologie. Diagnostic, traitement, chirurgie. Paris: Elsevier-Masson; 2007.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Revue des blogs



Les nanars : quel nectar...

Sur YouTube, les dialogues de films se déclinent à toutes les sauces : répliques du lundi, répliques qui tuent, répliques cultes... Pour « À tête reposée », Armance a pioché largement dans celles du lundi.

Les films qu'elle a choisis pour illustrer ses déboires administratifs sont le plus souvent anciens. Certains d'entre eux appartiennent à la catégorie des nanars.

À l'exception de « Barry Lyndon » et du film des Monty Python, les extraits sont français. À juste titre, car une réplique est plus percutante quand elle est exprimée dans sa langue d'origine plutôt que dans sa traduction.

Onze des 14 films ont plus de 30 ans. Cet âge avancé ne concerne pas seulement ceux sélectionnés par Armance. C'est aussi le constat fait en passant en revue les répliques hébergées dans YouTube. De là à avancer que l'évolution du cinéma au cours des 30 dernières années n'a pas fait la part belle aux dialogues, il n'y a qu'un pas.

Quant aux nanars, nul doute que les films « Comme la lune » et « Tête à claques » figurent en bonne place dans la liste dressée par les critiques spécialisés dans ce type de production.



Des billets de ciné ?

Le 7 août 2015, 2 médecins ont animé la production estivale en sommeil, introduisant des extraits de film dans leur post.

Ce n'est pas la première fois qu'un blogueur illustre ainsi son propos. Cette fois, l'originalité tient à la façon dont l'extrait arrive dans le billet. Tout seul sans texte d'accompagnement comme la séquence choisie par nfkb (T'y connais qu'dalle !) ou en ordre dispersé comme chez Armance où les dialogues des 14 extraits sélectionnés illustrent les aléas de ses travaux de secrétariat (À tête reposée).

Train-train estival

Cet été, Jean-Yves Nau et Hervé Maisonneuve ont largement occupé le terrain et permis au Club des médecins blogueurs de rester visible malgré la pause saisonnière.

Sans surprise, le premier s'est attaché à relater chaque jour (et parfois plusieurs fois dans la même journée) l'actualité des thèmes de santé publique (alcoolisme, dopage, noyades, mortalité routière...). Le second est resté fidèle à l'intitulé de son blog (Rédaction médicale et scientifique) en évoquant notamment le plagiat, les conflits d'intérêts, l'Open Access, la bibliométrie...

Séquence « cultissime »

« T'y connais qu'dalle »[1] est un extrait du film « Rue des Prairies » réalisé en 1959 par Denys de La Patellière. La scène se déroule dans un bistrot où Jean Gabin enfourche une chaise pour faire comprendre à un quidam la différence entre le cyclisme sur route et celui sur piste.*

Performance exceptionnelle de l'acteur comparable à celle du dialoguiste, ancien pistard et ex-abonné du Vel d'Hiv, un dénommé Michel Audiard.

Il n'est guère étonnant de trouver cette vidéo chez nfkb (blog hic & nunc). Il est le plus éclectique des membres du Club des médecins blogueurs, partageant les thèmes de ses billets entre sa spécialité (l'anesthésie-réanimation) et son hobby (la surveillance des paramètres physiologiques de l'activité sportive).

Répliques hilarantes

Dans son billet « À tête reposée »,[2] Armance raconte la journée du Dr Padici qui décide de consacrer son jeudi aux tâches administratives qu'il expédie habituellement entre deux, mais rarement dans la sérénité. Il a donc sacrifié son jour de repos pour remplir des formulaires et des certificats et contacter quelques-uns de ses correspondants.

Pour illustrer les embûches successives, Armance a choisi 14 extraits de film dont un grand nombre proviennent des répliques du lundi de YouTube. Chacune correspond à une difficulté à laquelle le Dr Padici doit faire face au cours de cette journée particulière.

Ainsi, pour la patiente indécise qui change de station thermale au dernier moment, Armance a choisi un extrait du « Grand Restaurant » (1966) et les hésitations de Louis de Funès sur le choix du vin qui doit accompagner son repas (un radis...).**

Le renouvellement de la prise en charge d'un patient en ALD (et son cortège de renseignements à fournir) n'est sûrement pas aussi drôle que le dialogue (de sourds) entre Pierre Richard et l'agent du commissariat de police*** dans « Les Malheurs d'Alfred » (1972)...

Les 12 autres extraits sont de la même veine. La journée en devient épique !

1. http://bit.ly/1LxXZ5e ; 2. http://bit.ly/1PA9wlj
* http://bit.ly/1Nwn041 ; ** http://bit.ly/1hCGF5t ; *** http://bit.ly/1Nwq4Nv

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE